


地方独立行政法人秋田県立病院機構の
将来のあり方に関する提言

令和8年2月

秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会



目次

第1章 両センターを取り巻く環境.....	1
1. 地域医療需要の推計と提供体制の現状.....	1
(1) 秋田県内の人口及び医療・介護需要.....	1
(2) 直近のDPC退院患者数の推移.....	3
(3) 医療提供体制.....	4
2. 病院の現状.....	11
(1) 病院概要.....	11
(2) 経営状況.....	12
(3) 診療領域.....	14
第2章 診療領域ごとの現状と課題.....	17
1. 循脳センターの主要な診療機能.....	17
(1) 脳神経領域について.....	17
(2) 脊髄・脊椎(筋骨格)領域について.....	18
(3) 循環器領域について.....	20
(4) 救急機能について.....	22
(5) 回復期機能について.....	25
(6) 研究所について.....	28
2. リハセンの主要な診療機能.....	29
(1) 入院料ごとの診療圏・疾患構成について.....	29
(2) 精神科救急急性期病棟について.....	33
(3) 精神科一般病棟について.....	34
(4) 回復期リハビリテーション病棟について.....	36
(5) 医療療養病棟について.....	38
第3章 複数モデルに基づく将来のあり方の検討.....	40
1. 循脳センター.....	41
(1) モデル① <脳神経・循環器領域強化>.....	41
(2) モデル② <急性期機能特化>.....	42
(3) モデル③ <脳神経・脊髄・脊椎領域特化>.....	42
(4) モデル④ <回復期シフト>.....	43
(5) 概算収支シミュレーション.....	43
(6) 望ましいモデルの方向性.....	46
2. リハセン.....	48
(1) モデル① <慢性期ダウンサイジング>.....	48
(2) モデル② <精神科・認知症機能特化>.....	49
(3) モデル③ <精神科・介護医療院>.....	49
(4) 概算収支シミュレーション.....	50
(5) 望ましいモデルの方向性.....	52
3. 研究所のあり方について.....	54

第4章 モデルの実現に向けた取り組み.....	55
1. モデルの実現に向けたスケジュール	55
(1) 循脳センター	55
(2) リハセン	56
2. 令和7(2025)年度における取り組みと短期的経営改善策	57
(1) 循脳センター	57
(2) リハセン	58
第5章 まとめ.....	59
参考資料.....	60
1. 秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会委員名簿	60
2. 開催日	60
3. 秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会設置要綱	61

はじめに

地方独立行政法人秋田県立病院機構(以下「病院機構」)は、平成21(2009)年4月に秋田県立脳血管研究センター(当時)及び秋田県立リハビリテーション・精神医療センター(以下「リハセン」)の2病院(以下「両センター」)の運営母体として秋田県が設立しました。

秋田県立脳血管研究センターは県民病と呼ばれた脳卒中の克服を目指した研究施設として昭和43(1968)年に設立され、翌年から診療を開始して以来、脳血管疾患に対する先進医療を導入し、県内の医療水準の向上に寄与してきました。平成31(2019)年3月には、脳と循環器の包括的な医療を提供することを目的として、秋田県立循環器・脳脊髄センター(以下「循脳センター」)に名称を変更し、急性期から回復期リハビリテーションに至る高度な医療を県民に提供しています。

リハセンは、平成9(1997)年に設立され、運動機能の回復を主な目的とするリハビリテーション科と精神障害一般の治療を目的とする精神科の2つの診療部が専門的な医療を提供してきました。開院当初から、県の精神科救急における全県拠点病院として24時間体制で患者を受け入れているほか、脳卒中後遺症の患者への365日リハビリテーションの提供等による社会復帰支援を推進し、秋田県高次脳機能障害相談・支援センター、秋田県認知症疾患医療センターの機能を併設するなど、県民の健康と福祉に貢献する欠かせない病院になっています。

一方で、人口減少や少子高齢化の進行により医療を取り巻く環境は大きく変化しており、医療の均てん化によって多くの病院で高度な医療を提供できるようになったことに加え、新型コロナウイルスによる受療動向の変化、物価や人件費の高騰の影響を受け、病院機構の経営は厳しい状態となってきました。令和6(2024)年度決算では、両センターを合わせた医業収支は48億円超の赤字となり、県からの運営費交付金も令和6(2024)年度には58億円近くに達し、県の財政にとって大きな負担となっています。

そこで、両センターが提供する医療機能を調査分析し、将来的な医療ニーズ及び県の財政事情を踏まえた病院機構の中長期的なあり方を検討するため、「秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会(以下「委員会」)」が設置され、令和7(2025)年1月から議論を重ねてきました。

本提言書は、病院機構の経営改善を進め、県立病院として県民に求められる医療を提供し続けるためのあり方についてとりまとめたものです。病院機構においては、提言に基づいて取り組みを進め、持続的な経営基盤を確立するとともに、県民の命を守る医療を提供していくことを期待しております。

秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会
委員長 南谷 佳弘

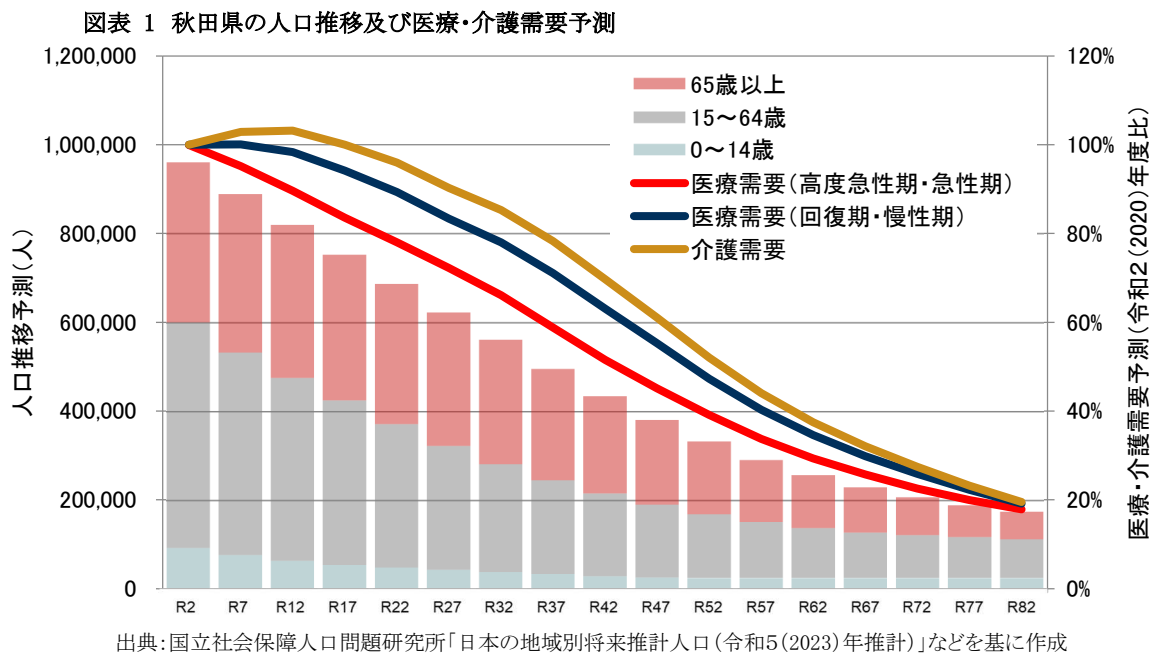
第1章 両センターを取り巻く環境

1. 地域医療需要の推計と提供体制の現状

(1) 秋田県の人口及び医療・介護需要

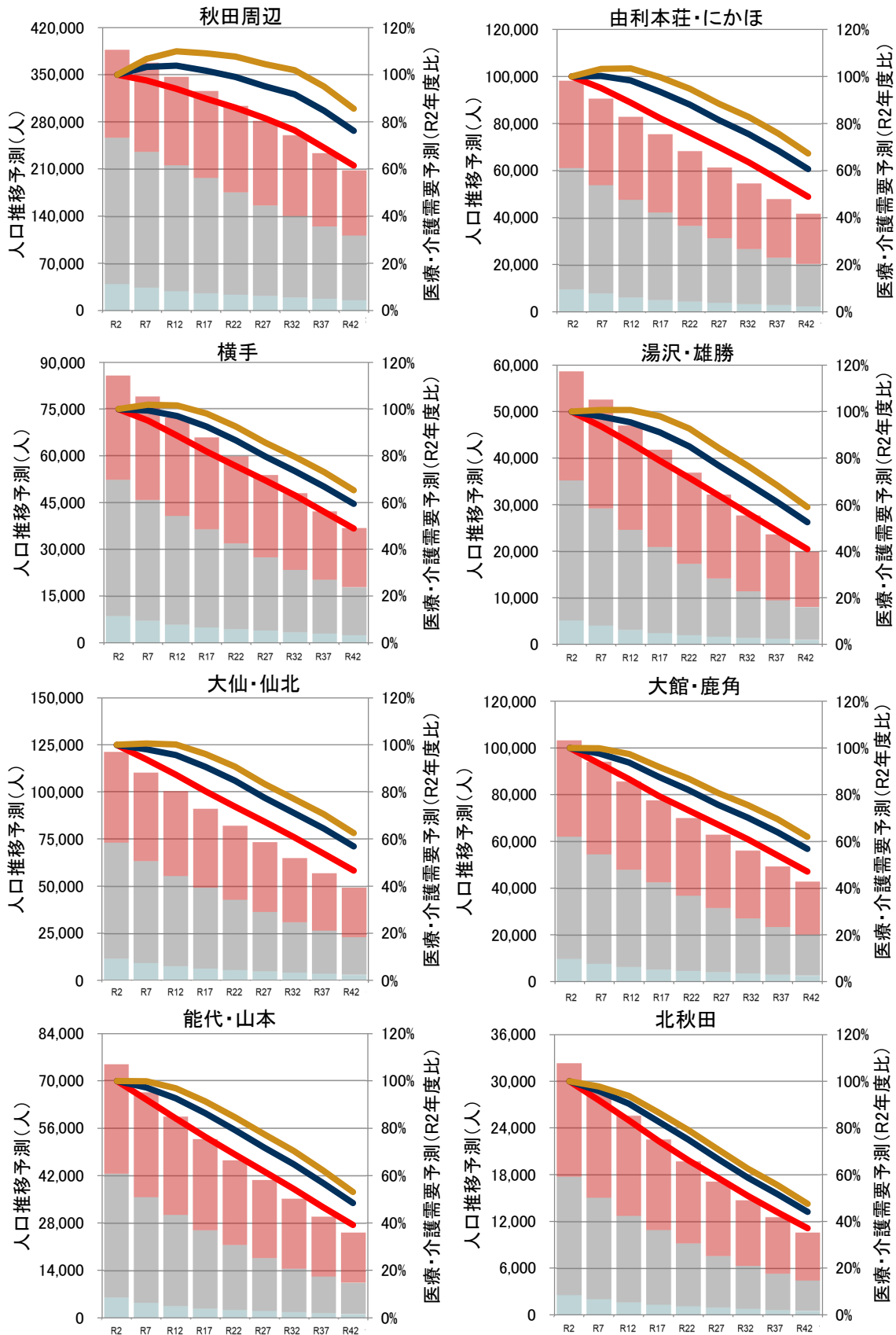
秋田県の人口は令和2(2020)年国勢調査で959,503人となっているが、その後も減少が続き、国立社会保障人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」によると令和32(2050)年には60万人未満になると推計されている。

また、65歳以上の人口も令和2(2020)年以降減少が見込まれている。このため、医療需要は高度急性期・急性期、回復期・慢性期いずれも減少傾向にあり、特に高度急性期・急性期は急速な減少が見込まれる。一方、介護需要は令和12(2030)年までは増加するものの、以降は減少に転じると推計される。



県内の医療圏は県北、県央、県南の3つに再編されているが、旧8医療圏ごとに見ると、県央医療圏に含まれる秋田周辺圏域は、医療・介護需要の減少は比較的緩やかなものの、高度急性期・急性期の需要はすでに減少フェーズに入っており、回復期・慢性期の医療需要も令和12(2030)年にピークを迎え、以降減少フェーズに入る見込みである。由利本荘・にかほ圏域は、急速な人口減少に伴い医療・介護需要の急激な減少が想定される。県南医療圏にあたる大仙・仙北圏域、横手圏域、湯沢・雄勝圏域では、湯沢・雄勝圏域の医療・介護需要の減少スピードが若干速くなっている。県北医療圏にあたる大館・鹿角圏域及び能代・山本圏域では介護需要が現状ほぼ横ばいだが今後減少が見込まれ、北秋田圏域は介護需要がすでに減少フェーズに入っている。

図表 2 圏域別人口推移及び医療・介護需要予測

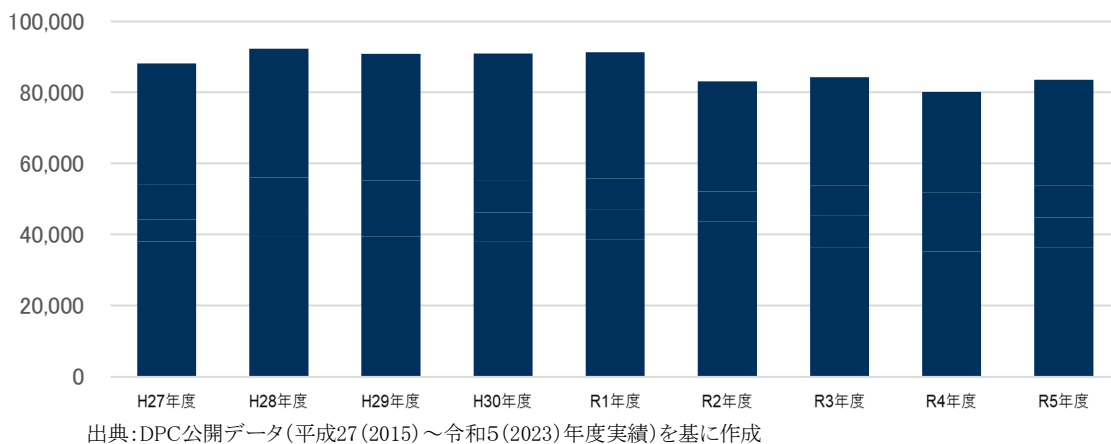


出典: 国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」などを基に作成

(2) 直近のDPC退院患者数の推移

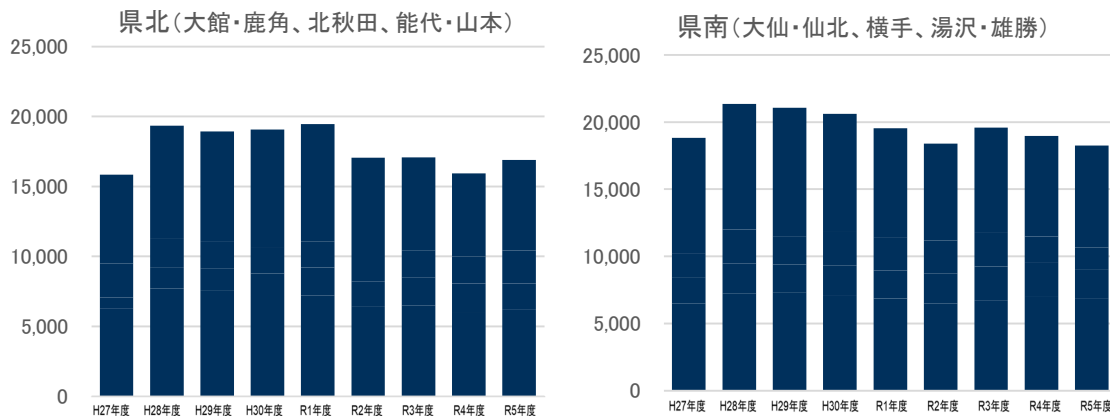
DPC対象となる急性期患者の動向について状況を把握する。秋田県全体のDPC退院患者数の推移を見ると、令和元(2019)年度までは毎年9万人前後だったところ、新型コロナウイルスの感染が拡大し始めた令和2(2020)年度以降大幅に患者数が減少した結果、令和5(2023)年度まで8万人前半で推移している。

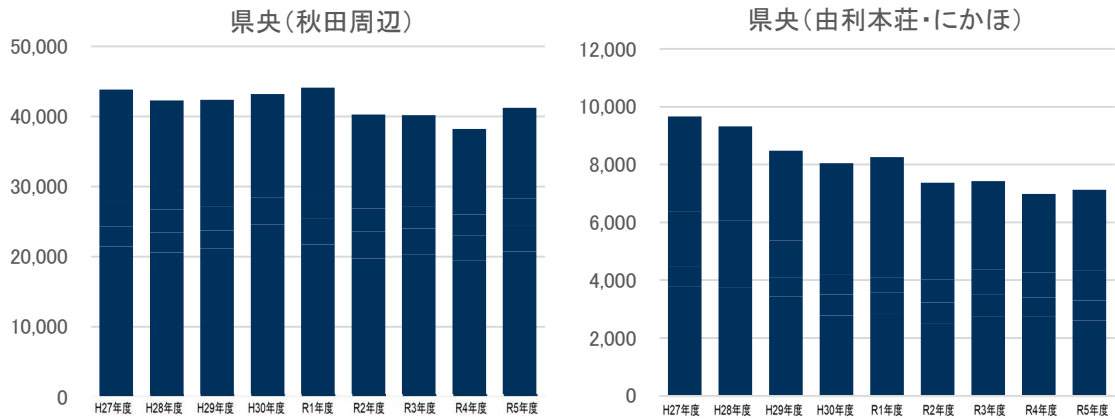
図表 3 秋田県全体のDPC退院患者数推移 (人)



医療圏ごとの退院患者数推移を見ると、全ての医療圏で患者数が減少傾向にあるが、県央医療圏の由利本荘・にかほ圏域及び県南医療圏はコロナ禍以前から患者数の減少が見られ、コロナ禍以降もその傾向は続いている。県央医療圏の秋田周辺圏域は、最も患者数が多く、令和5(2023)年度には患者数が増加しているものの、秋田大学医学部附属病院をはじめとした大規模病院が複数あり、各病院の患者確保は容易ではない状況にあると見られる。

図表 4 医療圏別のDPC退院患者数の推移 (人)





出典:DPC公開データ(平成27(2015)～令和5(2023)年度実績)を基に作成

(3) 医療提供体制

1) 地域医療構想における必要病床数

平成28(2016)年10月に策定した秋田県地域医療構想において、令和7(2025)年時点で必要とされる各医療機能別病床数に対し、令和5(2023)年時点の病床機能報告における県内の各医療機能別病床数を見ると、秋田県全体では急性期が2,197床過剰で、他の機能が不足している状態となっている。特に回復期は853床の不足状態にあり、医療の現場において退院に向けたリハビリの提供や在宅復帰支援の受け皿不足が発生している可能性がある。

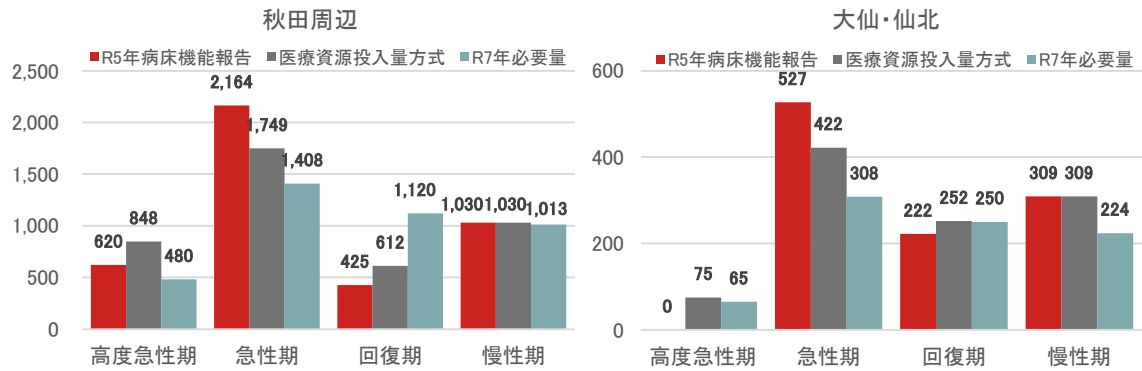
図表 5 秋田県の病床機能報告状況 (床)

地域	医療機能	①病床数の必要量 (令和7年)	②病床機能報告 (令和5年7月1日)	差引(②-①)
秋田県全体	高度急性期	902	630	▲272
	急性期	3,255	5,452	2,197
	回復期	2,544	1,691	▲853
	慢性期	2,442	2,254	▲188
	休棟等	-	613	613
	合計	9,143	10,640	1,497

出典:秋田県医務薬事課「令和5年度病床機能報告結果」より作成

循環センターの位置する秋田周辺圏域、リハセンの位置する大仙・仙北圏域において、地域の実情に近い医療機能別病床数の状況を把握するため、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した医療資源投入量方式で医療機能別病床数を見ると、病床機能転換自体は進んでいるものの、いずれの圏域においても急性期機能が過剰な状況が続いている。

図表 6 秋田周辺圏域と大仙・仙北圏域の病床機能報告状況 (床)

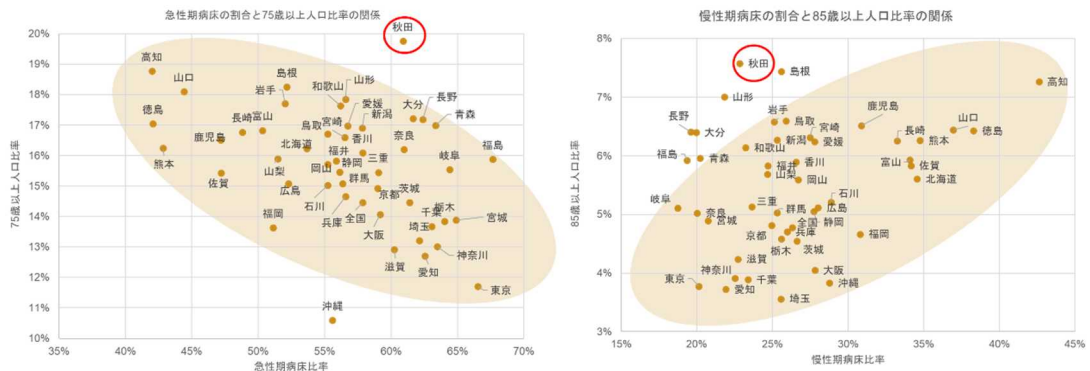


出典: 令和6(2024)年9月6日秋田県健康福祉部医務薬事課「PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進について」を基に作成

一般的に高齢化が進むと急性期病床の比率が下がり、慢性期病床の比率が上がる傾向にある。下記図表7のうち、この傾向に該当するのは楕円形の中に位置する都道府県であり、秋田県は全国と比較して急性期病床の比率が高く(対75歳以上人口比率)、慢性期病床の比率が低い(対85歳以上人口比率)傾向にある。

県民の高齢化が進んでおり、急性期機能を必要とする患者数が減少する傾向にある中、県内全域において急性期機能を担う病院が点在しているため、中長期的な病院経営を検討するにあたっては、両センターが現在担っている医療機能での患者受入の実態を見極めるとともに、周辺病院との役割分担を明確にする必要がある。

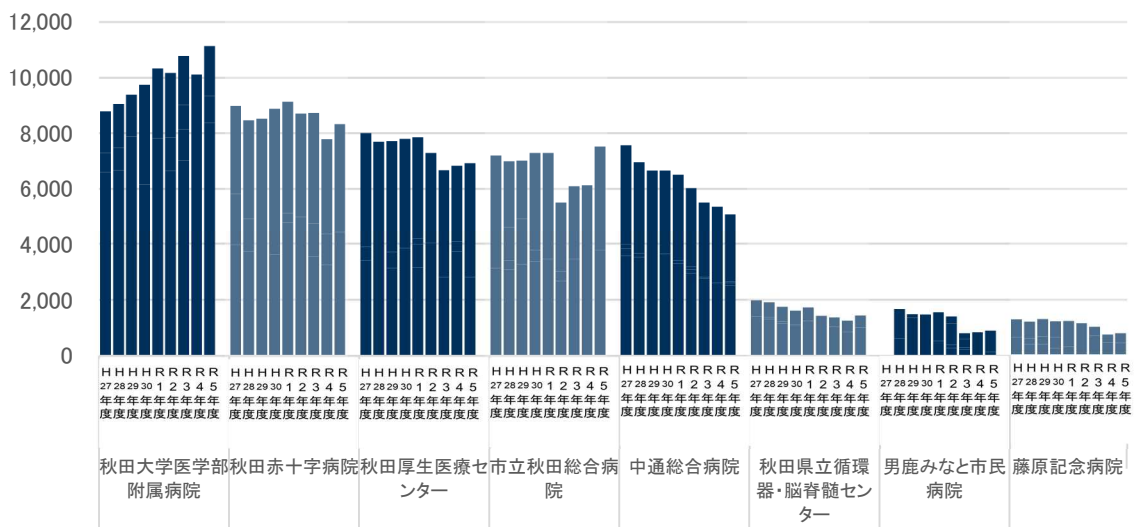
図表 7 都道府県別75歳以上人口あたり急性期・慢性期病床比率



出典: 病床機能報告(令和3(2021)年度報告)、国勢調査(令和2(2020)年)を基に作成

循脳センターを含む秋田周辺圏域の主な病院の退院患者数を見ると、秋田大学医学部附属病院が最も多く、かつ患者数も増加傾向にある。循脳センターを含む他の病院は患者数が減少傾向にあり、急性期病床が過剰かつ今後医療需要が減少していく中で、病院を存続させ地域に必要な医療を提供し続けるためには、自院内で完結する対策だけでなく、他病院との役割分担・連携がますます重要となってくる。

図表 8 秋田周辺圏域の主な病院の退院患者数推移（人）



出典：DPC公開データ(平成27(2015)～令和5(2023)年度実績)を基に作成

2) 今後の医療政策の動向

厚生労働省は、令和6(2024)年12月18日、新たな地域医療構想等に関する検討会による「新たな地域医療構想に関する取りまとめ」を公表している。その基本的な考え方としては、令和22(2040)年やその先を見据え、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進することが重要で、新たな構想を通じ、病床の機能分化・連携に加え、地域ごとの医療機関機能(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)等の確保に向けた取り組みを推進すべきとしている。

令和8(2026)年度の診療報酬改定に向けた議論をはじめ、医療政策をめぐる議論は新たな構想の考え方や方向性と密接に結び付いている。

図表 9 新たな地域医療構想における病院機能

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	(急性期の総合的な診療機能) ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 (急性期の提供等に当たっての体制について) ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設	○以下のデータについて、医療機関ごとのほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 ● 救急車受入件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備(例:手術室、ICU)等
高齢者救急・地域急性期機能	(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能) ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制	● 救急車受入台数(人口の多い地域のみ) ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
在宅医療等連携機能	(在宅医療・訪問看護の提供) ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 (地域との連携機能) ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入体制の確保等、平時からの協力体制	● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 等
専門等機能	● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療	● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 等

出典:厚生労働省 第2回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会(令和7(2025)年8月8日開催)資料より一部抜粋して作成

(ア) 急性期について

急性期のうち、急性期拠点機能は「地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う」と定義されており、「集約化」がキーワードとなっている。確保の目安については、「人口20～30万人ごとに1拠点」とすることが示されている。

図表 10 急性期拠点機能の概要

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※ 東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人ごとに1拠点を確保することを目安とする。	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応のほか、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する ※人口20万人～30万人ごとに1拠点を確保することを目安とする	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等

出典：厚生労働省 第3回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会（令和7（2025）年8月27日開催）資料より一部抜粋して作成

急性期拠点機能について、医師供給の観点から働き方改革等も踏まえ、集約も行っていくべきとの意見や、総合入院体制加算と急性期充実体制加算の実績要件については急性期の拠点的な病院機能の加算として統合し、診療領域等の総合性と手術等の集積性に応じた評価体系とし、産科・小児科・精神科等の総合性を底上げするべきではないかとの意見があがっている。

更に、人口規模の少ない地域においては、地域シェア率を考慮するだけでなく、地域に貢献する拠点的な急性期の機能を担保する点も注視されている。

また、こうした地域拠点化の議論と並行して、特定の高度専門分野における医療提供体制の均てん化・集約化が検討されており、高度外科領域(食道外科、肝胆膵外科等)等は、都道府県や広域単位で実効的な集約化を進める必要性が指摘されている。

ともに新たな構想の示す「集約化」の方向で議論が進んでいることをうかがわせる証左であると考えられ、留意が必要である。

図表 11 手術療法の集約化の方向性

都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療		手術療法				
		希少がんに対する手術	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん
都道府県での集約化の検討が必要な医療		<ul style="list-style-type: none"> 食道がんに対する食道切除再建術 膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 食道がんに対する光線力学療法 	<ul style="list-style-type: none"> 肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術 	<ul style="list-style-type: none"> 遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 高度な乳房再建術 乳がんに対するラジオ波焼灼療法 	<ul style="list-style-type: none"> 子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術 	<ul style="list-style-type: none"> 膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 後腹膜悪性腫瘍に対する手術 後腹膜リンパ節郭清術

出典：厚生労働省健生が発0829第5号「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」(令和7(2025)年8月29日通知)資料より一部抜粋して作成

(イ) 包括期について

令和22(2040)年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として、従来の回復機能に高齢者等の急性期患者への医療提供機能を追加し、「包括期機能(高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取り組み等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能)として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべき」としている。

それに呼応するように、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟及び地域包括医療病棟について、次のような動きがあることが示されている。

回復期リハビリテーション病棟については、実績指数の除外基準(80歳以上やFIM認知24以下など)の妥当性を見直し、重症患者割合とアウトカム(症状の重い患者をどれだけ受け入れ、どの程度機能が回復したかを関連づけて、病棟の役割を公平に評価)、運動器・廃用症候群リハビリの単位数上限、退院前訪問指導の評価強化等が検討されている。

地域包括ケア病棟については、在宅復帰を軸とした機能評価の見直し(41日目以降の入院料低減導入後の影響把握、在宅復帰率や直接入院・緊急入院の受入状況の分析)、救急・後方支援機能の実効的評価(在宅患者緊急入院診療加算や協力対象施設入所者入院加算の算定状況、救急受入体制の評価手法の検討)、病棟での栄養管理体制(管理栄養士の関与や低栄養スクリーニング)等の課題整理が進められている。

地域包括医療病棟については、令和6(2024)年度改定で創設されたばかりで、直ちに移行できる病棟が限られており、地域に定着するまで一定の期間を要すると考えられる。今後は、地域包括医療病棟は高齢者救急の中心的な受け皿としての役割を確立し、地域包括ケア病棟は急性期と在宅の中間的な幅広い役割の強化が求められている。

(ウ) 慢性期について

慢性期医療については、今後増加する在宅医療の需要に対応するため、限られた資源を活用しつつ、療養病床だけでなく在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等と地域の体制を構築していくことが重要とされている。

療養病棟を在宅・介護と一体で機能させるための実効策が検討されており、具体的には、在宅復帰機能強化加算の届出状況や在宅退院率・死亡退院率の分析を踏まえ、加算の評価・要件の見直し(死亡退院の抑制も含む)の可能性を指摘する意見があがっている。更に、経腸栄養管理加算等について、算定状況や届出困難の理由を踏まえ施設基準の検討を深めるべきとの意見が示されており、中心静脈栄養から経腸栄養への切替えの工夫や身体的拘束の低減とあわせて、在宅生活継続に資する体制強化を求めている。

(エ) 精神医療について

現行の地域医療構想では精神病床は必要病床数の推計や病床機能報告の対象となっていないが、「新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当であると考えられる」とされている。

分科会では、総合病院における精神医療について、身体管理が必要な精神科専門治療、自殺企図関連の合併症治療、先行する精神疾患に身体疾患が合併した患者の治療等の役割を担うと位置付けられた一方、総合病院で勤務する精神科医の減少、精神科病床の減少(特に総合病院で顕著)や届出病床と稼働病床(受入能力)の乖離が指摘されている。これらを踏まえ、地域で高度な身体合併症患者を受け入れる体制の維持・配置・集約が課題であると示唆されている。

2. 病院の現状

(1) 病院概要

循環器センターは循環器及び脳血管疾患の専門的な医療機関として、地域医療の中核を担ってきた。心筋梗塞や狭心症などの急性冠症候群、脳卒中をはじめとする脳血管障害に対して迅速かつ高度な診断・治療を提供しており、緊急カテーテル治療や脳血管内手術、外科的手術など多様な先進治療を行っている。24時間体制で急性期医療に対応しており、予防医療や慢性期管理、リハビリテーションにも注力している。また、循環器センターが有する研究所では、予防医学、治療医学などを柱に、臨床診療に還元できる質の高い研究を目指している。

リハセンは、リハビリテーションと精神医療の専門施設として、身体機能の回復支援と精神疾患の治療に取り組んできた。精神疾患の最新治療の導入に積極的に取り組み、うつ病や統合失調症などへの治療である電気けいれん療法を県南医療圏で唯一実施している。また、うつ病の症状を改善する治療法として平成29(2017)年に国が承認した反復経頭蓋磁気刺激療法(rTMS療法)を、東北で初めて導入した。精神科救急においては、全県拠点病院として重要な政策医療を担っている。

精神科病棟のほかに回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟を持ち、積極的なリハビリテーションの実施により、県南医療圏に不足する回復期機能を担っている。

図表 12 病院概要

	循環器・脳脊髄センター	リハビリテーション・精神医療センター
開設	昭和43(1968)年12月1日	平成9(1997)年4月1日
病床数	146床(一般146) 西棟 脳卒中治療病棟 13床 集中治療病棟 12床 西4病棟 30床 西5病棟 43床 (一般33床、地域包括ケア10床) 東棟 東5病棟 48床(回復期リハビリ)	300床(一般50、療養50、精神200) 1病棟 精神(開放) 30床(精神科) 2病棟 精神(閉鎖) 30床(精神科) 3病棟 精神(閉鎖) 40床(精神科) 4病棟 一般(回復期) 50床(リハ科) 5病棟 療養(維持期) 50床(リハ科) 6病棟 精神(閉鎖) 50床(精神科・認知症) 7病棟 精神(閉鎖) 50床(精神科・認知症)
診療科 (R8年1月時点)	循環器内科、脳・血管内科、脳神経内科、 脳神経外科、脳神経病理診断科 心臓血管外科、麻酔科、 リハビリテーション科、放射線科、 救急科、整形外科、糖尿病・内分泌内科、 高齢者臨床検査科、皮膚科、泌尿器科、 歯科口腔外科	リハビリテーション科、精神科、 神経内科、耳鼻いんこう科、皮膚科
医療機器	磁気共鳴断層撮影装置(MRI) 3台 320列コンピュータ断層撮影装置(CT) 頭部用シングルフォトンCT装置(SPECT) 全身用ポジトロンCT装置(PET) ガンマカメラ ナビゲーターシステム手術顕微鏡 等	磁気共鳴断層撮影装置(MRI) X線コンピュータ断層撮影装置(CT) デジタルガンマカメラ装置(SPECT-CT) X線テレビシステム コンピューテッド・ラジオグラフィ・システム (CR) 等
特記事項	研究所の理念:臨床に根差し、本県の現在及び将来の医療に還元できる研究を行い、成果を県民と共有する。	秋田県高次脳機能障害相談・支援センター 秋田県認知症疾患医療センター 秋田県地域リハビリテーション支援センター

出典:秋田県資料等より作成

(2) 経営状況

コロナ禍や人口減少の影響を受け、両センターとも入院・外来の患者数が減少傾向にあるが、特に急性期患者を扱う循環センターにおいて患者数の減少が顕著である。患者数の減少に対し、職員数は年々増加しており、両センターとも給与費が医業収益を上回ることが常態化し、その結果として医業費用が医業収益を大きく上回り続けている。

また、循環センターでは、診療部門と研究部門の財務管理が分離されておらず、各部門の収支や費用対効果が明確に把握できない状況にある。

図表 13 循環センターの経営状況

区分		R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度 (10月まで)
入院	1日平均患者数(人)	100.5	87.6	90.1	102.0	97.3	102.9
	延べ患者数(人)	36,673	31,965	32,904	37,340	35,504	22,026
外来	1日平均患者数(人)	104.1	102.3	103.7	104.3	101.2	101.8
	延べ患者数(人)	25,302	24,749	25,195	25,340	24,582	14,862
平均在院日数(日)		17.6	14.5	14.4	16.7	17.1	20.2
病床利用率(%) (許可病床数184床に対し)		54.6	47.6	49.0	55.4	52.9	55.92
患者1人1日あたり 診療単価(円)	入院	67,470	74,920	75,120	71,588	69,277	66,397
	外来	14,789	15,366	16,118	15,574	15,780	14,914
救急患者取扱件数		1,262	1,150	1,162	1,314	1,142	652
収支	医業収益(百万円)	2,904	2,852	2,934	3,122	2,909	1,757
	医業費用(百万円)	5,834	5,856	6,121	6,086	6,036	3,177
	医業損益(百万円)	-2,930	-3,004	-3,187	-2,964	-3,127	-1,420
運営費負担金・交付金(百万円)		2,167	2,209	2,207	2,222	3,616	1,560
職員数	医師	24	23	23	22	24	26
	看護師	192	195	197	201	197	187
	その他	181	178	181	181	182	174
	計	397	396	401	404	403	387
対医業収益比率	給与費(百万円)	2,893	2,898	2,969	3,009	3,095	1,785
	給与比率	99.6%	101.6%	101.2%	96.4%	106.4%	101.6%
	材料費(百万円)	660	630	642	745	687	399
	材料費率	22.7%	22.1%	21.9%	23.9%	23.6%	22.7%
	委託費(百万円)	712	708	708	712	715	417
	委託比率	24.5%	24.8%	24.1%	22.8%	24.6%	23.7%

※入院における1日平均患者数、延べ患者数及び病床利用率は退院日を含めた値である。

※入院における診療単価は、入院収益から室料差額を除き、延べ患者数で除したものである。

※職員数は各年度4月1日時点の人数である。

※病院機構の本部経費は除く。

出典:病院事業実績(令和6(2024)年度)、病院別財務諸表等(令和6(2024)年度)等より作成

図表 14 リハセンの経営状況

区分		R2年度	R3年度	R4年度	R5年度	R6年度	R7年度 (10月まで)
入院	1日平均患者数(人)	262.2	266.9	268.1	267.9	260.6	254.7
	延べ患者数(人)	95,707	97,424	97,846	98,067	95,111	54,497
外来	1日平均患者数(人)	57.5	56.2	54.2	50.7	53.2	54.2
	延べ患者数(人)	13,963	13,599	13,162	12,309	12,927	7,910
平均在院日数(日)		96.6	98.1	112.7	111.0	120.7	117.5
病床利用率(%)		87.4	89.0	89.4	89.3	86.9	84.9
患者1人1日あたり 診療単価(円)	入院	25,348	24,873	25,145	24,509	24,311	24,675
	外来	17,660	14,935	8,876	8,758	14,147	19,517
救急患者取扱件数		209	239	160	173	122	51
収支	医業収益(百万円)	2,706	2,667	2,614	2,542	2,527	1,518
	医業費用(百万円)	4,064	4,065	4,070	4,118	4,270	2,547
	医業損益(百万円)	-1,358	-1,398	-1,456	-1,576	-1,743	-1,029
運営費負担金・交付金(百万円)		1,646	1,611	1,678	1,672	2,175	1,425
職員数	医師	15	15	16	16	15	16
	看護師	177	177	179	179	180	173
	その他	154	162	166	168	167	168
	計	346	354	361	363	362	357
対医業 収益比率	給与費(百万円)	2,761	2,810	2,854	2,866	2,927	1,683
	給与比率	102.0%	105.4%	109.2%	112.8%	115.8%	110.8%
	材料費(百万円)	365	332	270	265	322	229
	材料費率	13.5%	12.5%	10.3%	10.4%	12.8%	15.1%
	委託費(百万円)	436	437	414	438	441	255
	委託比率	16.1%	16.4%	15.8%	17.2%	17.4%	16.8%

※入院における1日平均患者数、延べ患者数及び病床利用率は退院日を含めた値である。

※入院における診療単価について、入院収益から室料差額を除き、延べ患者数で除したものである。

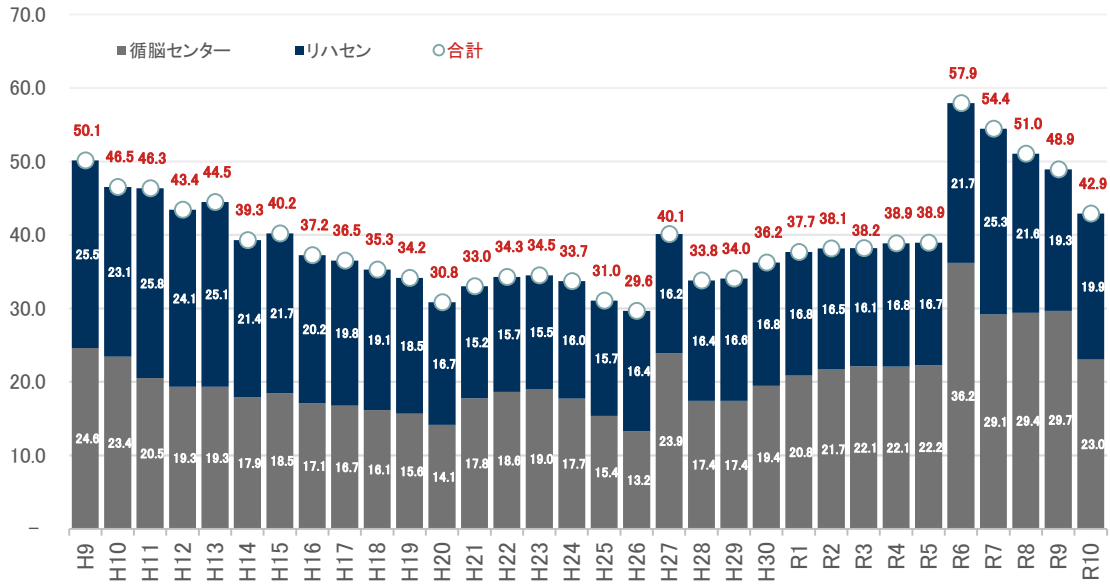
※職員数は各年度4月1日時点の人数である。

※病院機構の本部経費は除く。

出典：病院事業実績(令和6(2024)年度)、病院別財務諸表等(令和6(2024)年度)等より作成

経営の効率化を図るため、平成21(2009)年に病院機構が設立され、両センターを運営することとなったが、病院経営環境の悪化を受け、運営費交付金の額は年々増加し、令和6(2024)年度には両センターあわせて57.9億円に達した。運営費交付金の増加は県の財政を圧迫するため、両センターの合理的な収支構造の再構築は急務である。

図表 15 病院機構設立以降の運営費交付金の給付実績及び給付予定（億円）

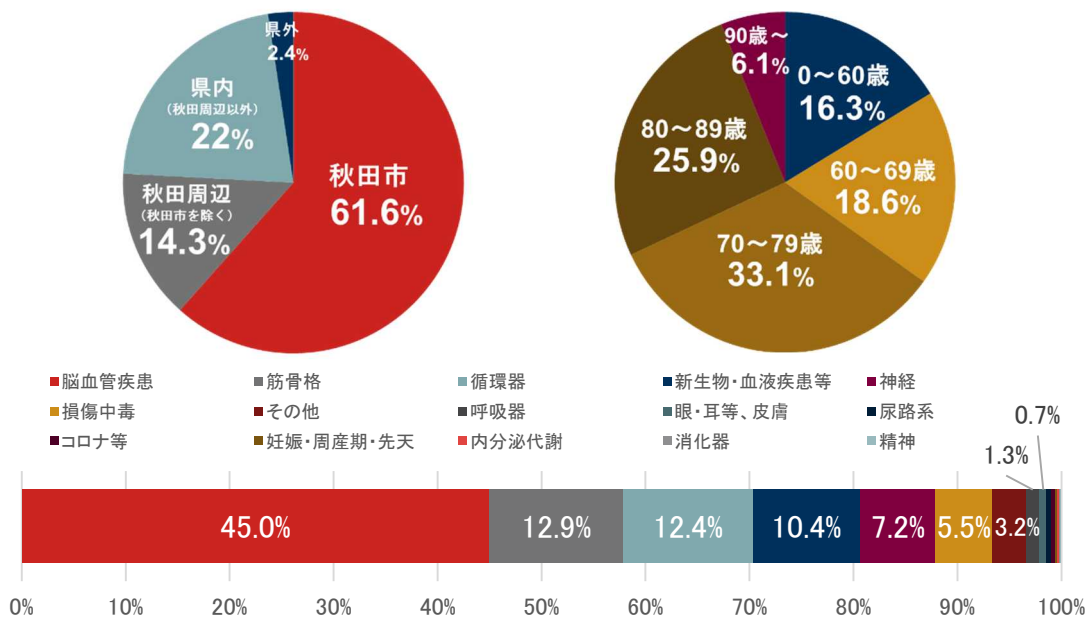


出典:秋田県資料より作成

(3) 診療領域

令和6(2024)年度の循環センターの住所地別入院患者割合から見る診療圏(循環センターがカバーする圏域)では、秋田周辺圏域(秋田市+秋田市以外の秋田周辺圏域)からの患者が75%以上を占めている。年齢構成を見ると、60歳以上の割合が8割を超える。疾患構成では脳血管疾患が半数近くを占め、次いで筋骨格・循環器となっている。

図表 16 循環センター [住所地別入院患者割合/患者年齢構成/入院患者疾患構成]



出典:令和6(2024)年度循環センターDPC データより作成

診療科別の常勤医師数では、疾患構成で45%と最も多くの割合を占める脳血管疾患にあたる脳神経外科は、令和7(2025)年4月1日時点で8名と最も多い配置となっているが、平成26(2014)年以降医師数は減少し、コロナ禍以降は8~9名で推移している。患者の約13%を占める筋骨格にあたる脊髄脊椎外科は3名、約12%を占める循環器にあたる循環器内科は1名となっている。

図表 17 循脳センター 診療科別医師数 (人)

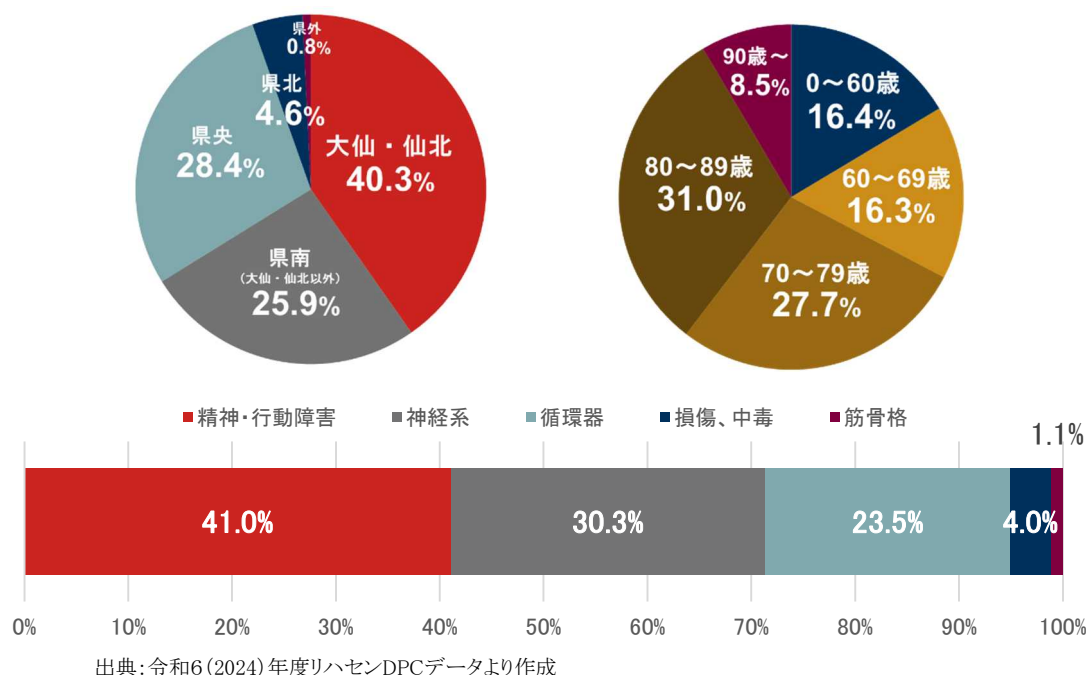
	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
常勤医師	27	38	32	28	29	30	24	23	23	22	24	26
脳神経外科	13	15	15	14	13	10	9	8	8	8	9	8
循環器内科	1	5	5	4	4	7	4	4	4	4	1	1
心臓血管外科		2	1	1	2	2						
脊髄脊椎外科		2	2	2	2	4	4	4	3	3	3	3
脳神経内科	4	4		1	1						1	1
リハビリ科	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	3
麻酔科	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
放射線科	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
病理	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
整形外科											1	1
糖尿病・ 内分泌内科												1
総合診療科												1
その他	2	2	1			1	1	1	2	1	1	1

※各年度4月1日時点の人数

出典:秋田県資料より作成

リハセンの診療圏は精神科救急の全県拠点病院であるため、リハセンの位置する大仙市を含む県南医療圏が約66%、県央医療圏が約28%と、広域に渡っている。年齢構成を見ると、循脳センターと同様に60歳以上の割合が8割を超える。疾患構成では、精神・行動障害が41%、アルツハイマー病やレビー小体型認知症等を含む神経系が30%と、精神・神経系疾患で約7割を占める。

図表 18 リハセン [住所地別入院患者割合／患者年齢構成／入院患者疾患構成]



診療科別の常勤医師数は、精神・行動障害、神経系疾患にあたる精神科・認知症が13名と常勤医師数の約8割を占めており、脳梗塞などのリハビリを要する患者に対応するためリハビリ科3名が在籍している。

図表 19 リハセン 診療科別医師数 (人)

	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
常勤医師	16	15	17	18	17	15	15	15	16	16	15	16
精神科	7	6	7	8	8	7	7	8	8	9	9	9
認知症診療科	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
リハビリテーション科	6	6	6	6	5	5	5	4	5	4	3	3
放射線科	1	1	1	1	1							
皮膚科												1

※各年度4月1日時点の人数

出典:秋田県資料より作成

循環センターは、秋田県全域はもとより、立地する秋田周辺圏域の入院患者数の減少が見込まれる中、医師や医療従事者の不足も予想されるため、秋田市内の他の急性期医療を担う病院との役割分担を整理する必要がある。

一方リハセンは、診療圏は広域であるものの、患者数が年々減少しているため、政策医療として維持すべき機能を保持したまま収支改善を行うには、患者層に対してリハセンが担っている病床機能が整合しているか検証する必要がある。

第2章 診療領域ごとの現状と課題

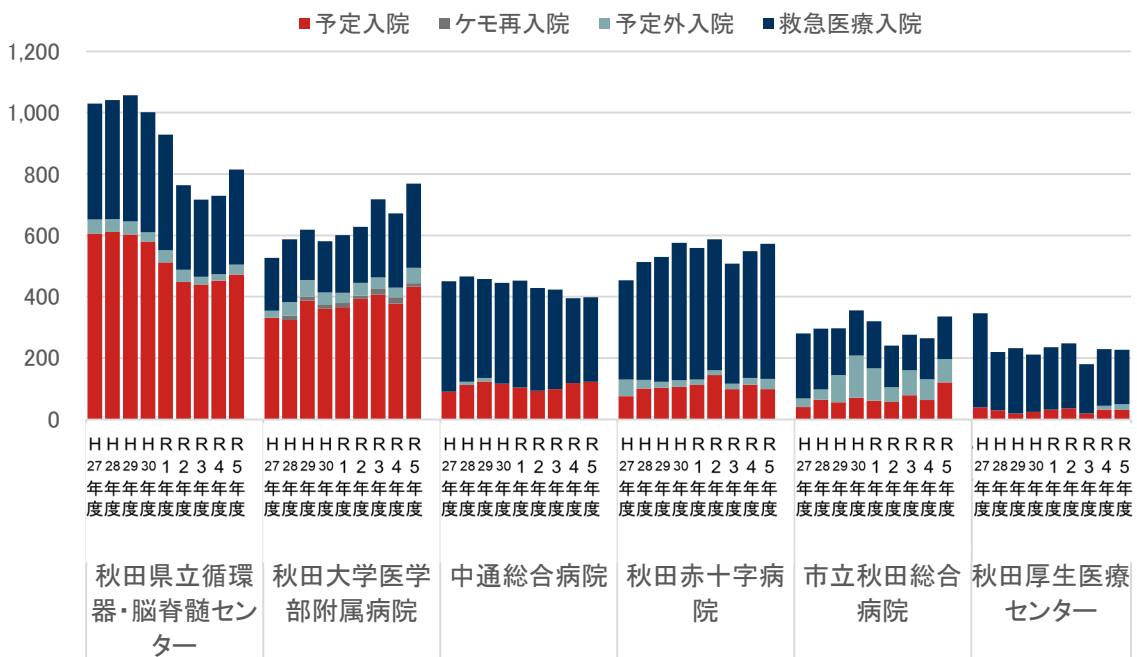
ここでは、現状両センターが主として担っている政策医療や急性期医療の医療需要及び医療提供体制を詳細に分析し、課題を整理していくこととする。

1. 循脳センターの主要な診療機能

(1) 脳神経領域について

循脳センターの患者のうち約半数近くを占める脳血管疾患を中心とした脳神経領域において、秋田市内の主要6病院では循脳センターの患者数が最も多く、予定入院・救急医療入院ともに積極的に受け入れており、脳神経領域における三次救急の役割を果たしている。一方、患者数の推移を見ると平成27(2015)年から令和元(2019)年にかけて緩やかな増減を示していたが、令和2(2020)年前後からのコロナ禍を契機に急減し、その後は回復基調にあるものの、コロナ禍以前の水準には回復していない。秋田市内の主要6病院を比較すると、循脳センターの患者数は減少傾向にある一方で、秋田大学医学部附属病院や秋田赤十字病院は患者数が増加している。

図表 20 MDC01神経系 退院患者数（人）

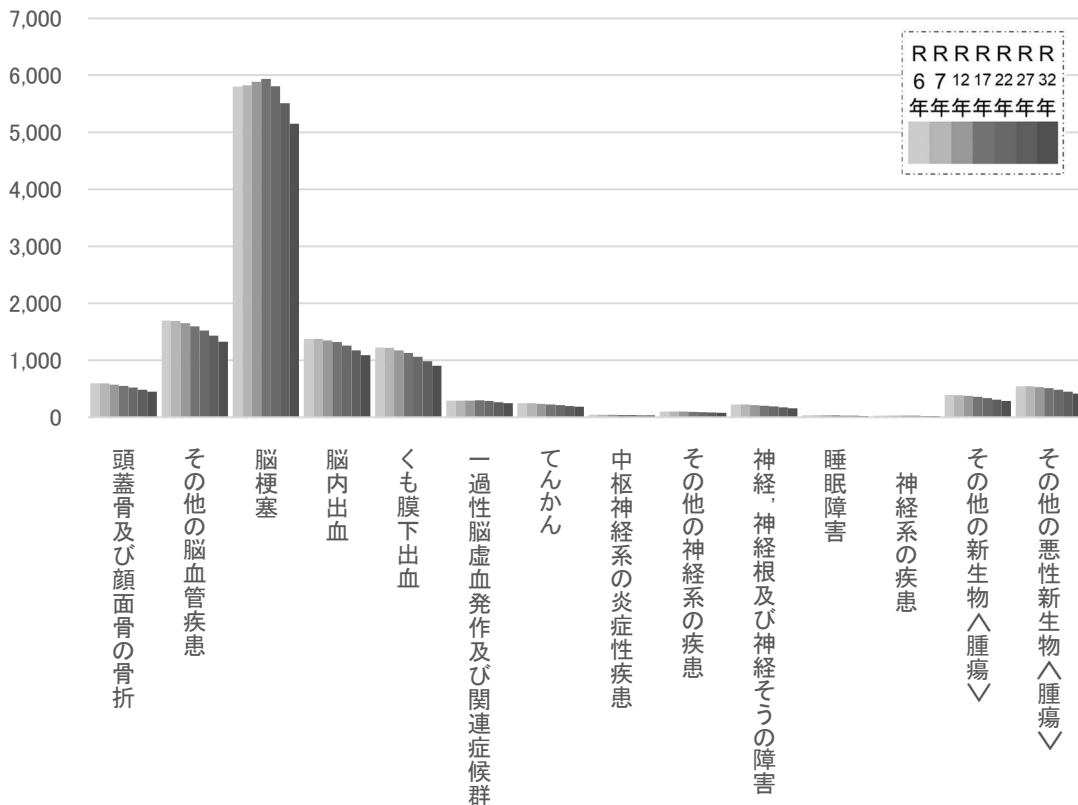


※急性期病棟から院内の地域包括ケア病床・回復期リハビリテーション病棟等に転棟した患者は含まない。医療機関、MDC、予定・予定外・救急医療入院別で10件未満は未集計。

出典：DPC公開データ(平成27(2015)～令和5(2023)年度実績)より作成

循脳センターにおける傷病内訳を見ると、脳梗塞が突出して患者数が多く、その他の脳血管疾患、脳内出血、くも膜下出血と続く。現状の診療実績を基にした将来推計患者数では、脳梗塞は令和17(2035)年まで増加傾向にあるが、以降急激に患者数が減少すると見込まれ、脳梗塞以外の疾患は令和17(2035)年を待たずに緩やかな減少が始まると想定される。

図表 21 脳神経系主要疾患の将来推計患者数（人）



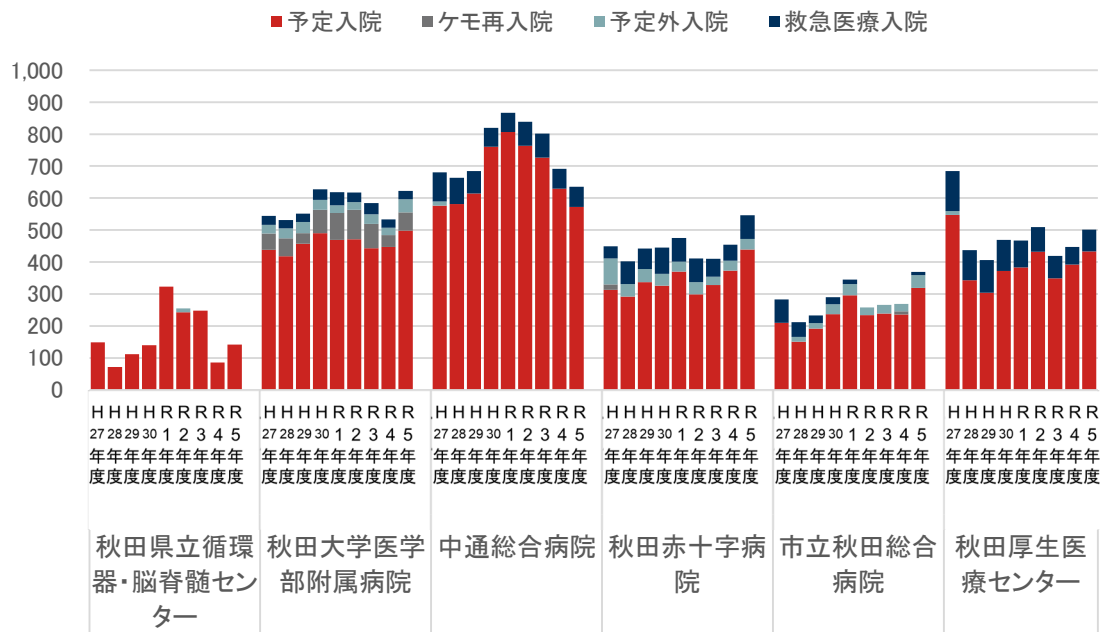
※令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典：国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、循脳センターDPCデータより作成

(2) 脊髄・脊椎(筋骨格)領域について

筋骨格系疾患に関する入院は、主要6病院いずれにおいてもほとんどが予定入院であり、平成27(2015)年から令和5(2023)年において多少の変動はあるものの、中通総合病院以外では概ね横ばいか微増で推移している。循脳センターにおいてもほとんどが予定入院で、令和元(2019)年まで増加傾向にあったところ令和2(2020)年から減少が続き、その後令和5(2023)年に増加に転じている。

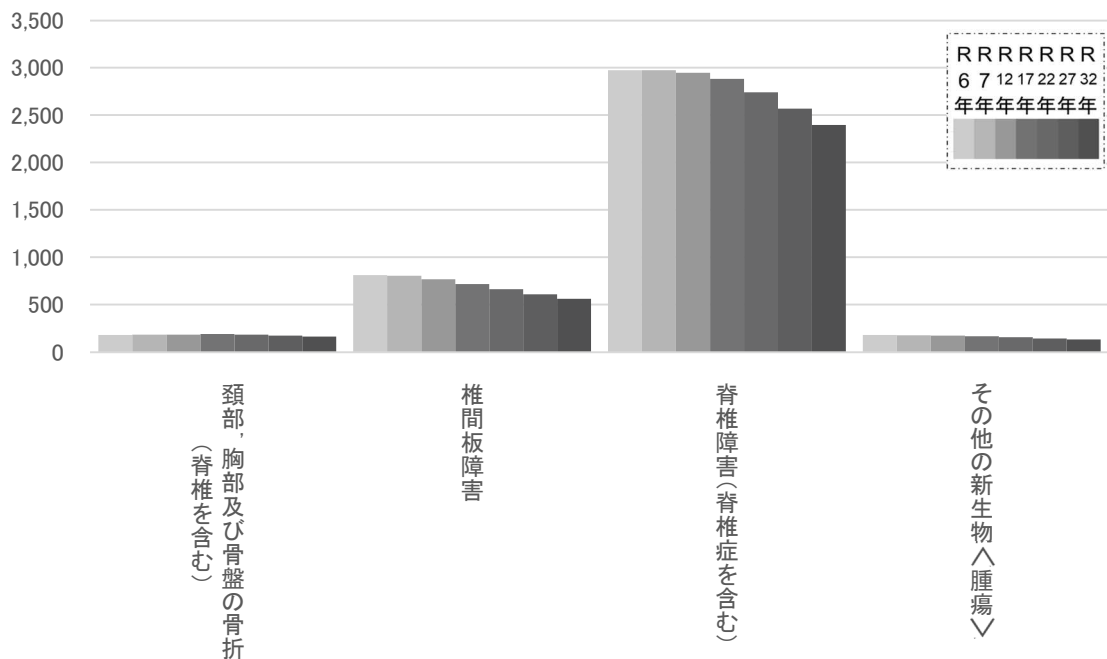
図表 22 MDC07筋骨格系 退院患者数（人）



出典：DPC公開データ(平成27(2015)～令和5(2023)年度実績)より作成

循脳センターにおける傷病内訳を見ると、脊椎障害が全体の半数以上を占め、次に患者数の多い椎間板障害とあわせて全体の8割以上を占める。将来推計患者数では、いずれの傷病も減少傾向にあり、頸部・胸部及び骨盤の骨折は令和17(2035)年まで増加したのち減少に転じる見込みとなっている。

図表 23 脊髄・脊椎系主要疾患の将来推計患者数（人）



※令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典：国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、循脳センターDPCデータより作成

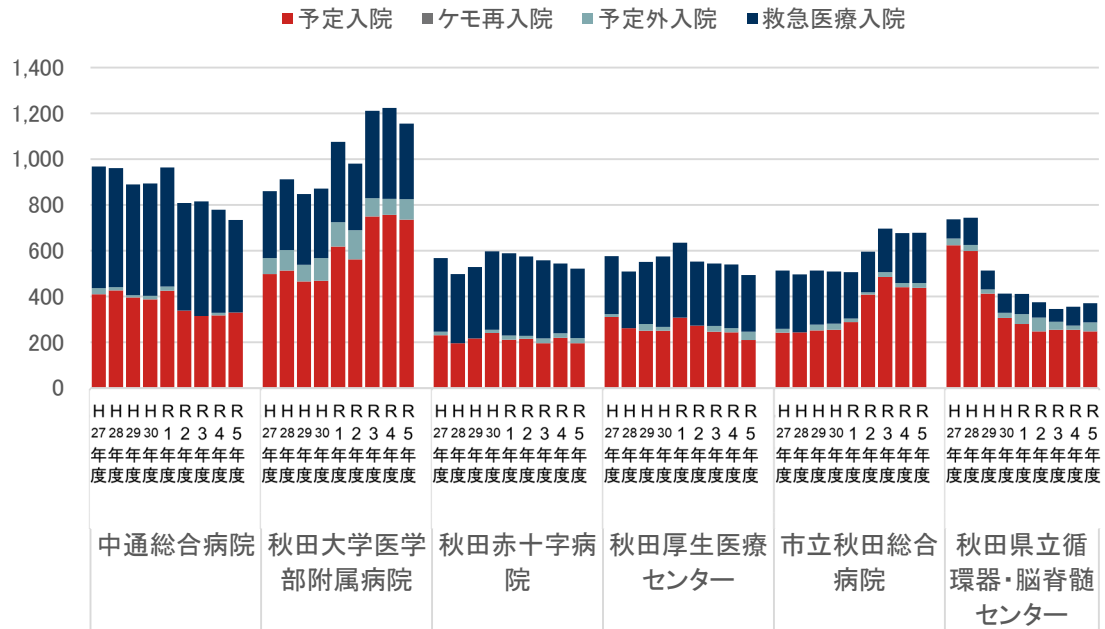
(3) 循環器領域について

筋骨格領域と同程度の患者数がある循環器疾患において、循脳センターの患者数は平成28(2016)年以降減少しており、その中でも予定入院患者が急速に減っている。常勤の循環器内科医数の変動や、心臓血管外科医の不在などによる診療体制の変化が要因の一つとしてあげられる。

主要6病院における退院患者数を見ると、増加傾向にある病院と減少傾向にある病院に二極化している。秋田大学医学部附属病院や市立秋田総合病院は、予定入院患者が増加している一方、減少傾向にある中通総合病院は予定入院・救急医療入院ともに減少傾向にあり、循脳センターは予定入院患者数が大幅に減少している。

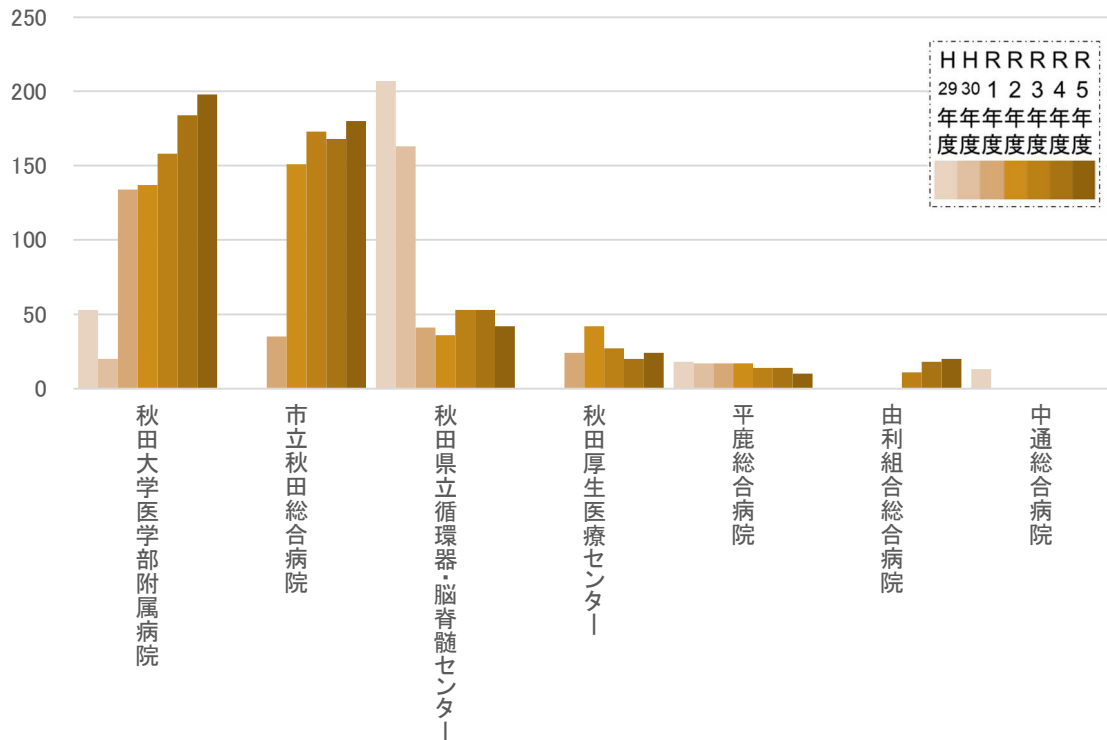
予定入院の患者数を左右する要因の一つとして、頻脈性不整脈への治療であるカテーテルアブレーションの実施件数が考えられる。通常、カテーテルアブレーションは予定入院で行われることが多く、秋田県におけるカテーテルアブレーションの退院患者数を見ると、予定入院患者数が増加している秋田大学医学部附属病院と市立秋田総合病院が患者数を伸ばしている。一方、循脳センターは令和元(2019)年から患者数が大幅に減少した。

図表 24 MDC05循環器 退院患者数推移 (人)



出典: DPC公開データ(平成27(2015)～令和5(2023)年度実績)より作成

図表 25 頻脈性不整脈の退院患者数推移（人）



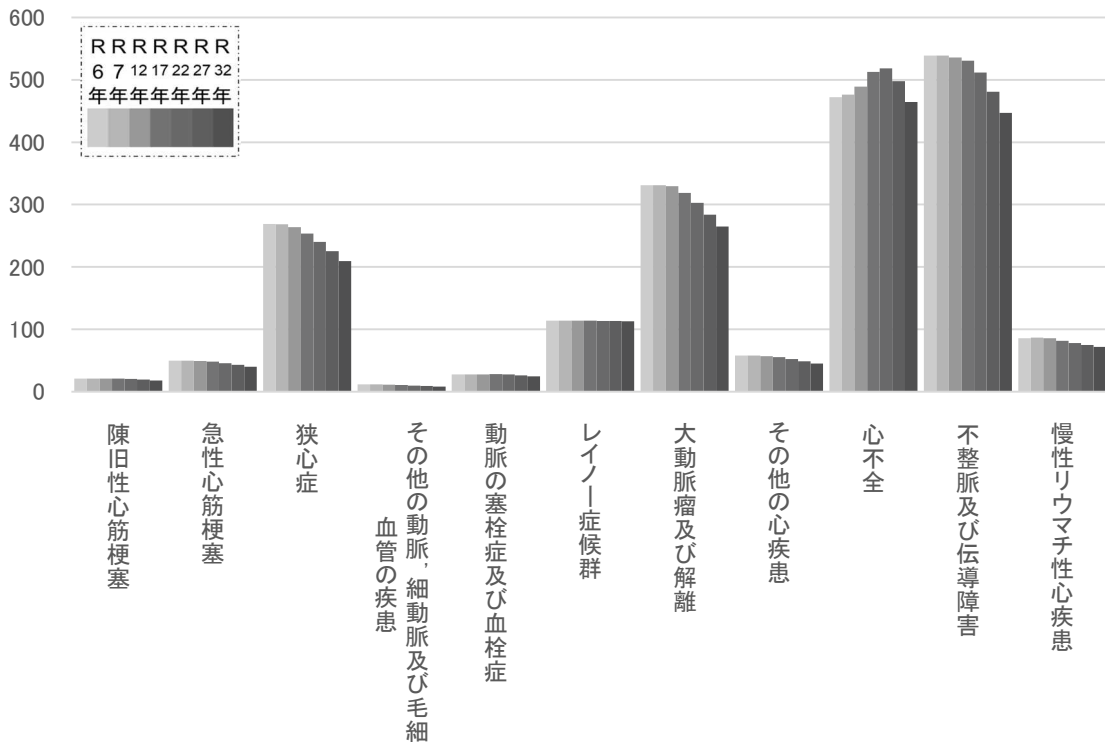
出典：DPC公開データ(平成29(2017)～令和5(2023)年度実績)より作成

最も患者数の多い秋田大学医学部附属病院における心臓血管外科の1日あたり平均全身麻酔時間は、現在では週の半分が10時間を超える状況になっており、現場への負担が大きくなっている。また、麻酔時間の長さは手術を待つ患者の待機時間にも影響する。今後も秋田大学医学部附属病院に患者が集中すると、更なる麻酔時間の長期化及び待機患者の発生を招きかねない。

循環器センターにおける傷病内訳を見ると、不整脈及び伝導障害と心不全が半数以上を占めており、その後大動脈瘤及び解離、狭心症が続く。将来推計患者数を見ると、心不全は令和22(2040)年まで増加するものの、それ以外のほとんどの疾患は令和7(2025)年又は令和12(2030)年以降減少に転ずると見込まれる。

心不全を除き、循環器領域全体では将来患者数は減少傾向にあるため、周辺医療機関との機能分担や、循環器センターが果たすべき役割について早急に整理する必要がある。

図表 26 循環器系主要疾患の将来推計患者数（人）



※令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

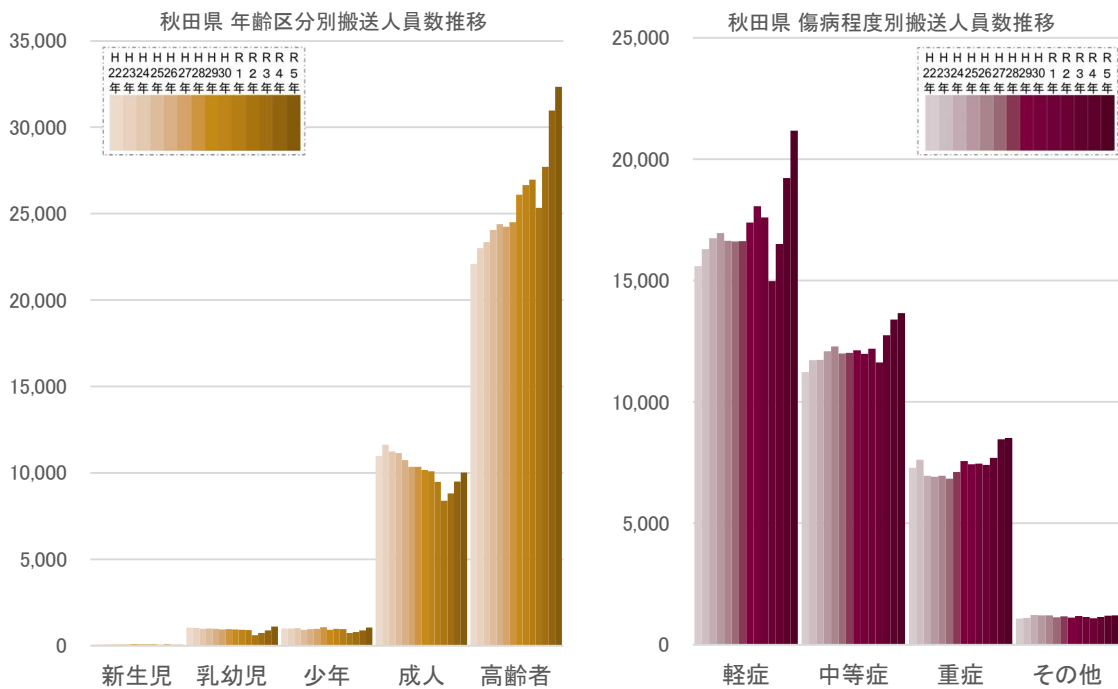
出典：国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、循脳センターDPCデータより作成

(4) 救急機能について

県央医療圏には三次救急医療施設が3施設あり、そのうちの1施設が循脳センターである(ほか2施設は秋田大学医学部附属病院と秋田赤十字病院)。地域医療を支える上で救急機能は欠かすことができない一方、救急搬送患者を受け入れるような高度急性期・急性期の医療需要は今後減少すると見込まれている。このような状況において、人材確保、設備投資並びに資金手当を要する救急機能をどの程度整備するかは、将来の病院経営を大きく左右する。

総務省消防庁によると、秋田県における救急救助の搬送人員数は、65歳以上の高齢者が7割以上を占めており、その人数も高齢者人口の増加に伴い年々増加している。傷病程度別に見ると、軽症が大幅に増加し、次いで中等症、重症となっているため、高齢者の増加により特に軽症～中等症が増加する傾向にあることがうかがえる。

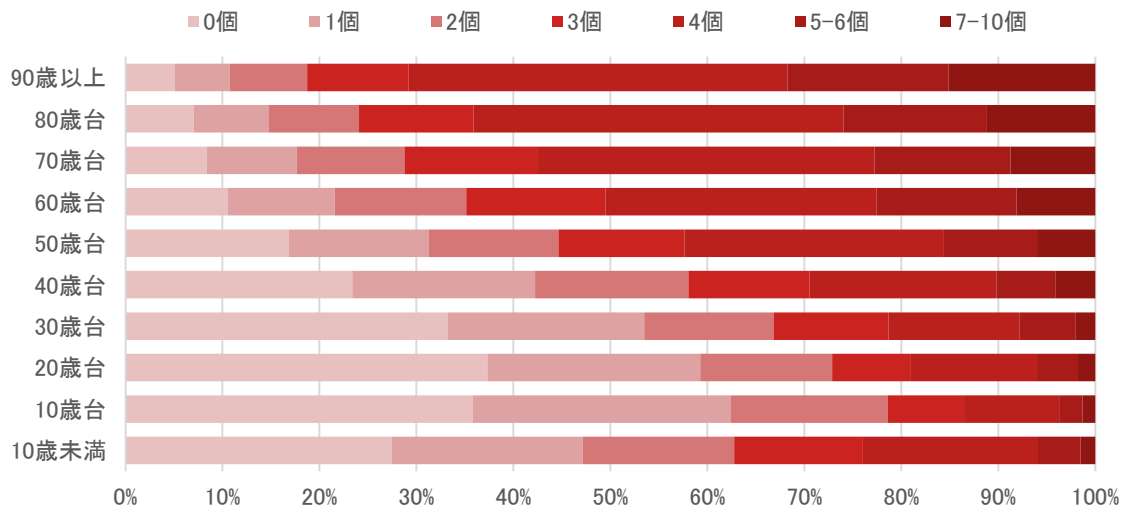
図表 27 秋田県 年齢区分別・傷病程度別 救急搬送人員数推移 (人)



出典:総務省消防庁 救急救助の現況(平成23(2011)～令和6(2024)年版)より作成

また、年代別の併存症病名数をDPCデータで見ると、60代以降になると4個以上の病名数を有する患者が半数以上となり、その割合も高齢になるほど増していく。つまり、高齢になるほど多疾患併存状態となり、受診する医療機関を選定する際も複数の診療科を備え、総合的な機能を有する病院がより選ばれる可能性がある。これは救急搬送時にも同様であり、救急隊が搬送先を選定する際、併存するそれぞれの疾患に対応できる総合的な病院に優先的に搬送する可能性を示唆している。

図表 28 年代別併存病名数

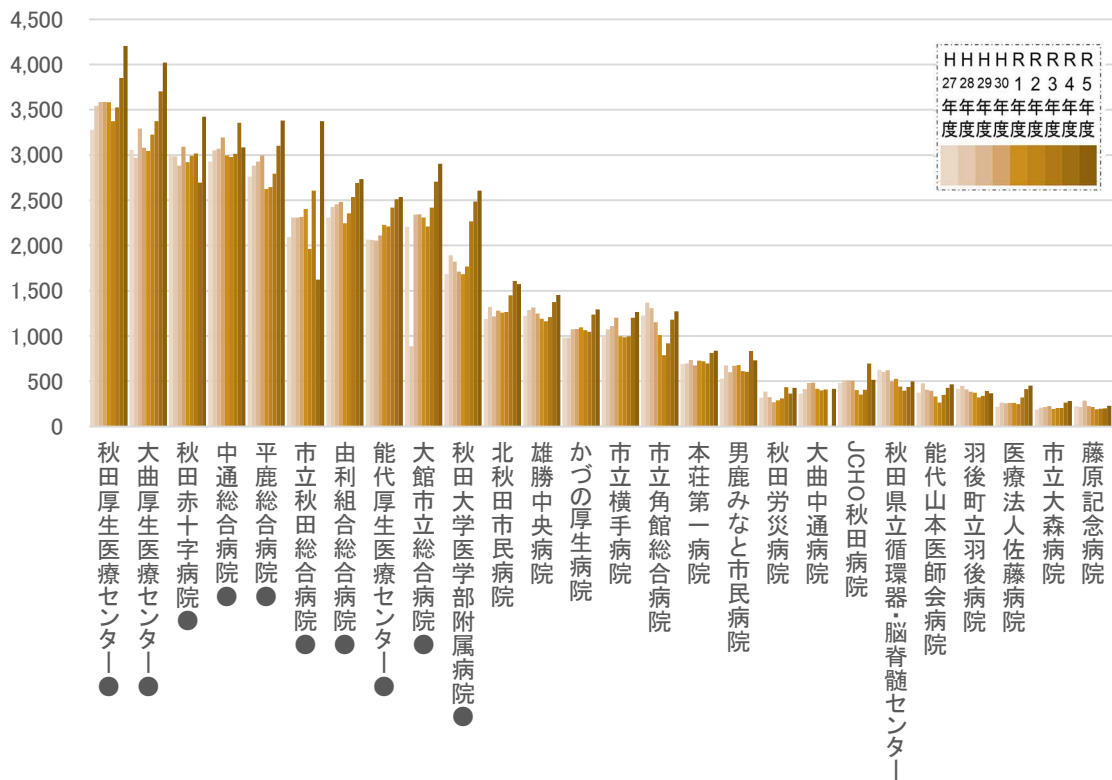


出典:複数のDPC病院のデータより作成

ここで、県内における救急搬送受入件数が年200件以上の施設を見てみると、コロナ禍で一時的に件数が減少したものの、全体的には平成27(2015)年以降増加傾向にあることがうかがえる。その中でも上位10施設は、いずれも令和2(2020)年度に新設された地域医療体制確保加算を算定している。当該加算は救急搬送件数に関して年間2,000件以上などの要件があり、各施設は積極的に救急搬送を受け入れている。一方、当該加算を届け出ていない施設は北秋田市民病院を除き年間受入件数が1,500件未満であり、上位施設と大きく差が生じている。

循脳センターにおいては、救急搬送受入件数が減少傾向にあり、年間の受入件数も500件台と、他の三次救急医療施設である秋田大学医学部附属病院、秋田赤十字病院と比べて1/5以下となっている。

図表 29 秋田県内 救急搬送受入件数推移(年200件以上の施設) (件)



※●:地域医療体制確保加算 届出施設(令和7(2025)年10月時点)

出典:病床機能報告(平成28(2016)～令和6(2024)年度報告)、東北厚生局 届出受理医療機関名簿(令和7(2025)年10月1日現在)より作成

循脳センターでは脳神経領域、循環器領域において予定入院が半数以上を占めており、救急搬送受入件数自体も減少傾向にある。多疾患併存患者にも対応できるような総合的な機能を有する病院に高齢者の救急患者が搬送されるケースは、今後更に増加することが想定される。

(5) 回復期機能について

秋田県全体で回復期機能は、853床不足している状態にある。

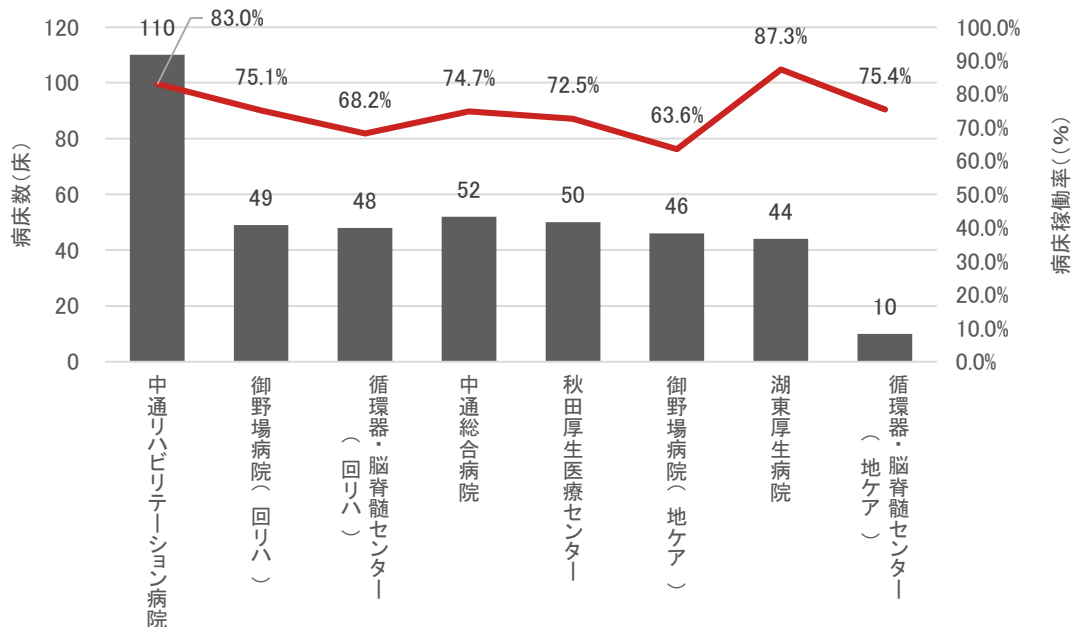
図表 30 秋田県の病床機能報告状況(再掲) (床)

地域	医療機能	①病床数の必要量 (令和7年)	②病床機能報告 (令和5年7月1日)	差引(②-①)
秋田県全体	高度急性期	902	630	▲272
	急性期	3,255	5,452	2,197
	回復期	2,544	1,691	▲853
	慢性期	2,442	2,254	▲188
	休棟等	-	613	613
	合計	9,143	10,640	1,497

出典:秋田県医務薬事課「令和5年度病床機能報告結果」より作成

秋田周辺圏域では循脳センターを含む7病院が回復期病床を保有するが、稼働率は概ね60～80%台で、回復期病棟としては高水準とは言えない。特に循脳センターの回復期病棟は68.2%と相対的に低迷している。

図表 31 秋田周辺圏域の回復期病床数及び病床稼働率

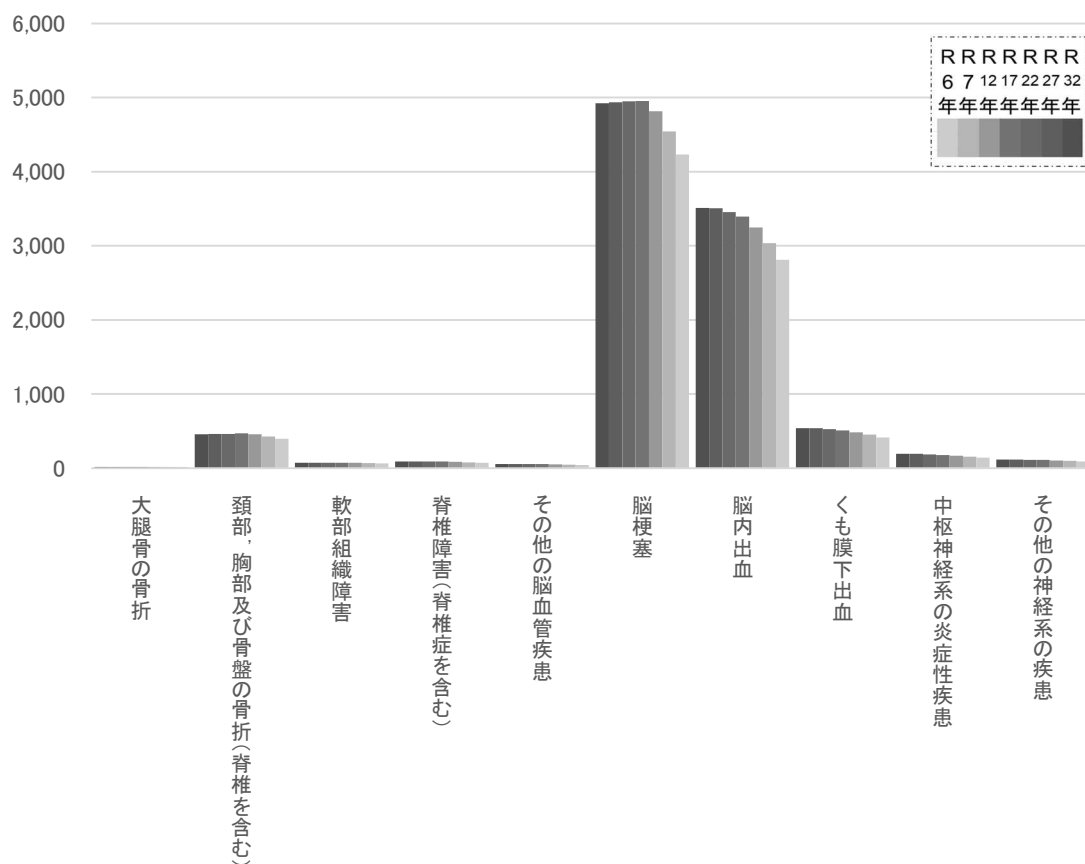


※循脳センターを除き、病床単位で届け出ている地域包括ケア病床は除く(病床稼働率不明のため)

出典:厚生労働省「令和6年度病床機能報告」より作成

循脳センターの回復期リハビリテーション病棟は、脳梗塞の患者数が最も多く、次いで脳内出血、くも膜下出血等の脳血管系疾患となっている。その他に頸部、胸部及び骨盤の骨折、脊椎障害、大腿骨骨折等の整形外科系の疾患も一定数見られる。最も患者数の多い脳梗塞は、令和17(2035)年まで横ばいで推移し、その後減少に転じる見込みである。脳梗塞以外の脳血管系疾患は、すでに減少局面に入っており、今後更なる需要減少が見込まれる。

図表 32 回復期リハビリテーション病棟の主要疾患における将来推計入院患者数（人）

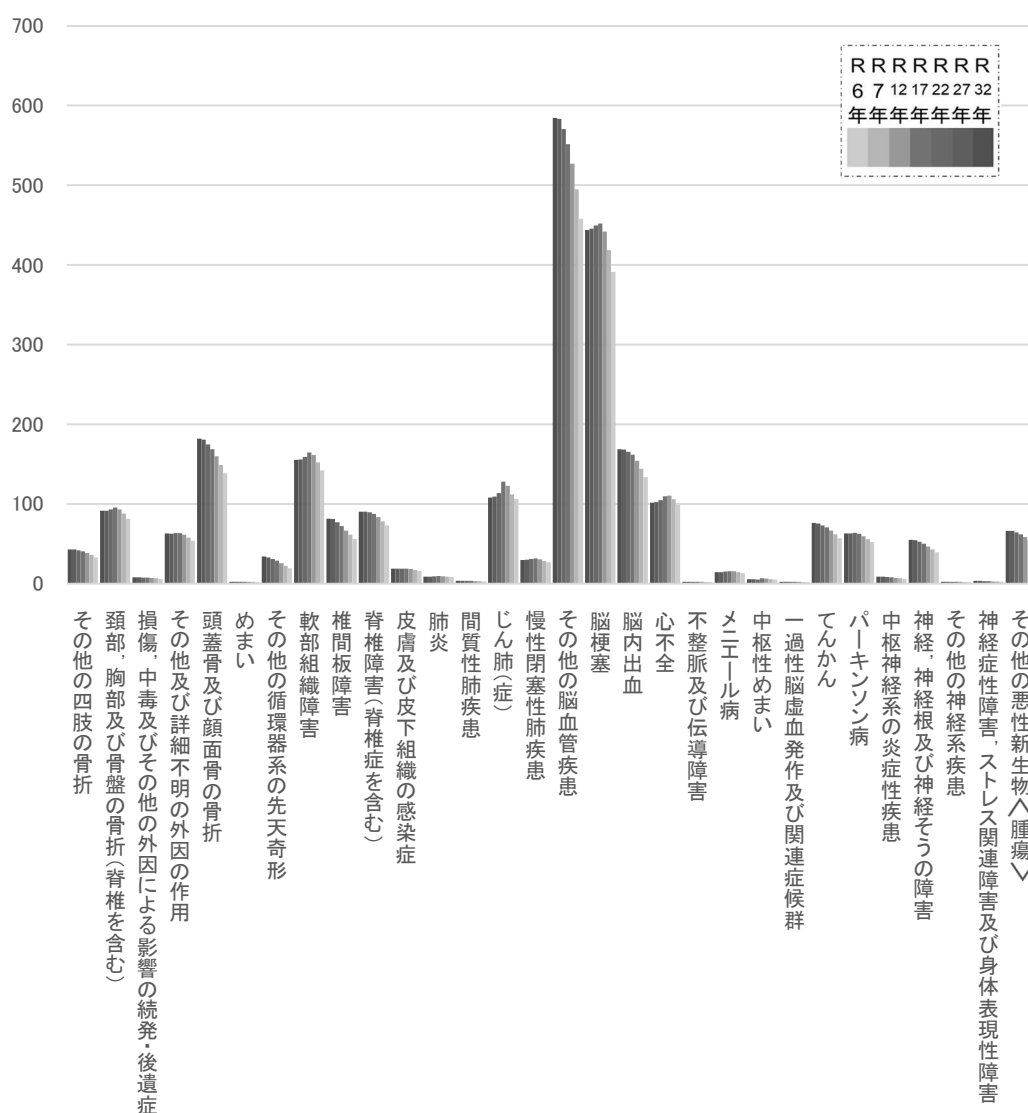


※令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典:国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、循脳センターDPCデータより作成

循脳センターの地域包括ケア病床においても、脳血管系疾患が最も多く、次いで心不全や、頭蓋骨及び顔面骨の骨折・軟部組織障害等の整形外科系の疾患となっている。最も患者数の多い脳血管系疾患は、今後急速に減少が見込まれる。一方、心不全は、令和22(2040)年まで微増で推移し、その後減少に転じる見込みである。また、その他の整形外科系疾患のうち、頭蓋骨及び顔面骨の骨折は、すでに減少局面に入っており、今後更なる需要減少が見込まれる。軟部組織障害は、令和17(2035)年まで微増で推移し、令和22(2040)年以降減少に転じる見込みである。

図表 33 地域包括ケア病床の主要疾患における将来推計入院患者数（人）



※令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典:国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、循脳センターDPCデータより作成

(6) 研究所について

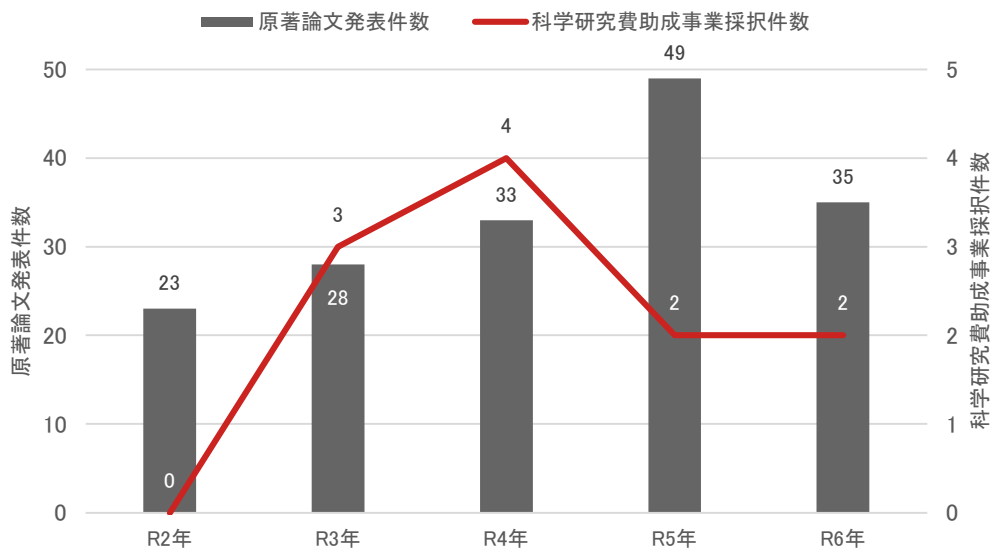
循環センターは脳卒中を防ぐ(予防医学)、脳卒中から脳を守る(治療医学)、脳卒中からの回復(寝たきりを作らない)を柱に、臨床診療に還元できる質の高い研究を目指している。

研究テーマは各研究部で任意に決定するものや、研究員や特任研究員から募集し研究所内部にて審査するものがある。

研究課題は科学研究費助成事業の採択課題となっているものも多く、平成27(2015)年度以降延べ20研究課題が採択されている。

原著論文発表件数について、令和6(2024)年度は前年度と比較して件数が減少しているものの、全体としては増加傾向にある。

図表 34 科学研究費助成事業採択件数と原著論文発表件数の推移 (件)



出典:「地方独立行政法人秋田県立病院機構の業務の実績(令和2(2020)~6(2024)年度)」、国立情報学研究所 KAKEN(科学研究助成事業データベース)(KAKEN - 研究課題をさがす (nii.ac.jp))より作成

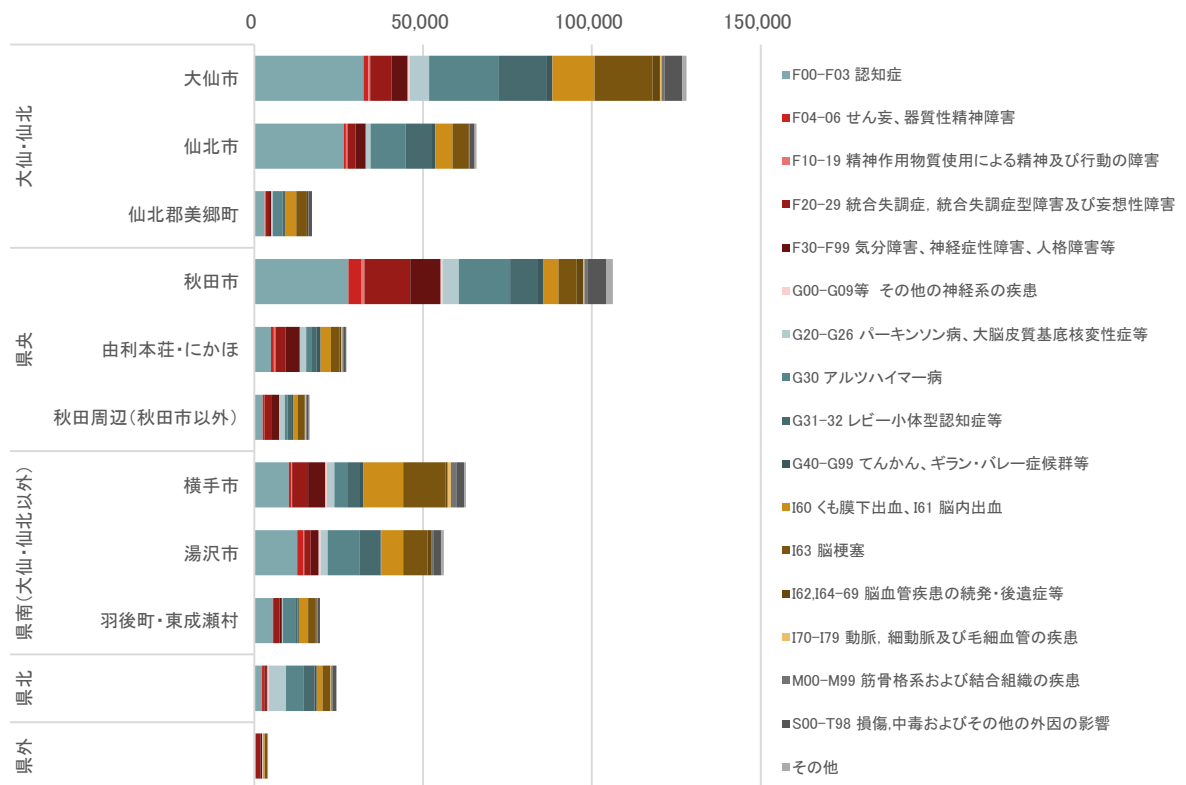
2. リハセンの主要な診療機能

(1) 入院料ごとの診療圏・疾患構成について

リハセンの入院患者は前述のとおり広域に渡っており、精神科救急においては全県拠点病院となっていたり、リハビリテーションに特化した病棟があったりと、入院料ごとに対象となる患者が大きく異なるため、それぞれの入院料における診療圏と疾患構成を確認する。

まずはリハセン全体での診療圏の内訳であるエリア別延べ患者数を見ると、県南医療圏の大仙・仙北圏域では、大仙市が最も多く、次いで県央医療圏の秋田市となっている。仙北市からの患者は秋田市よりも4万人ほど少なく、横手市より若干多い。

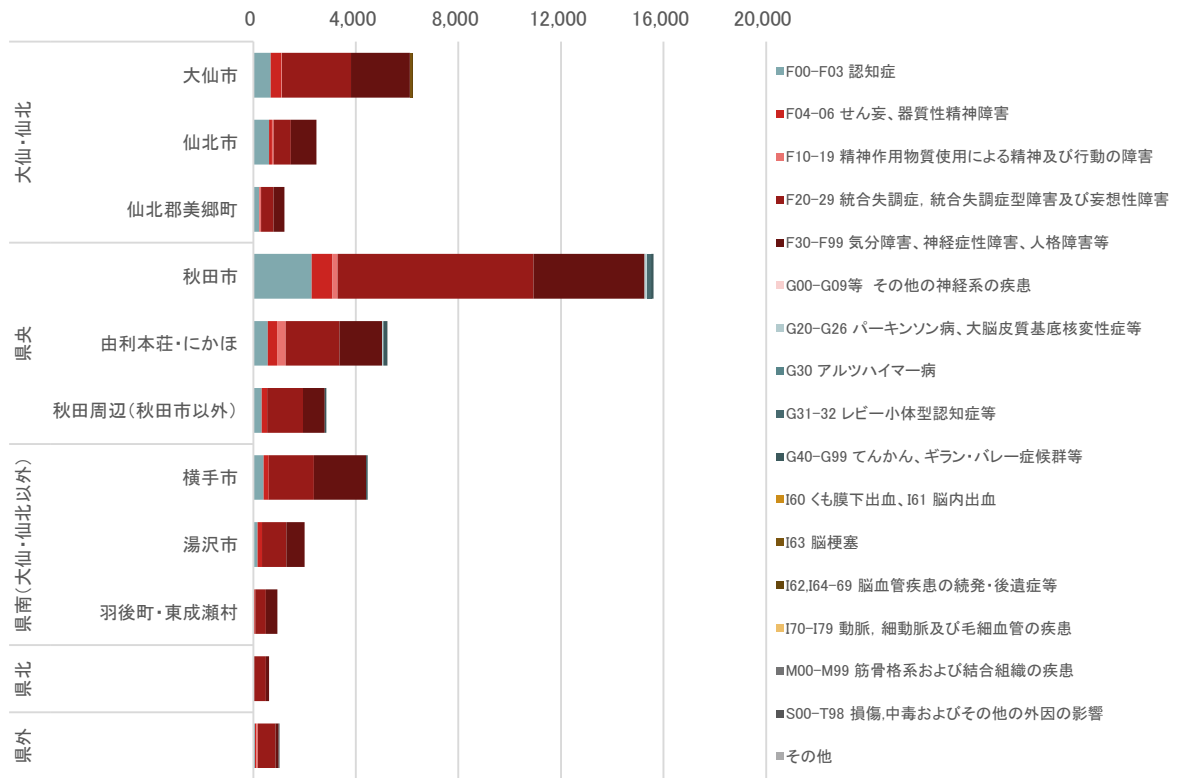
図表 35 リハセンのエリア別延べ入院患者数（人）



出典: 令和6(2024)年度 リハセンDPCデータより作成

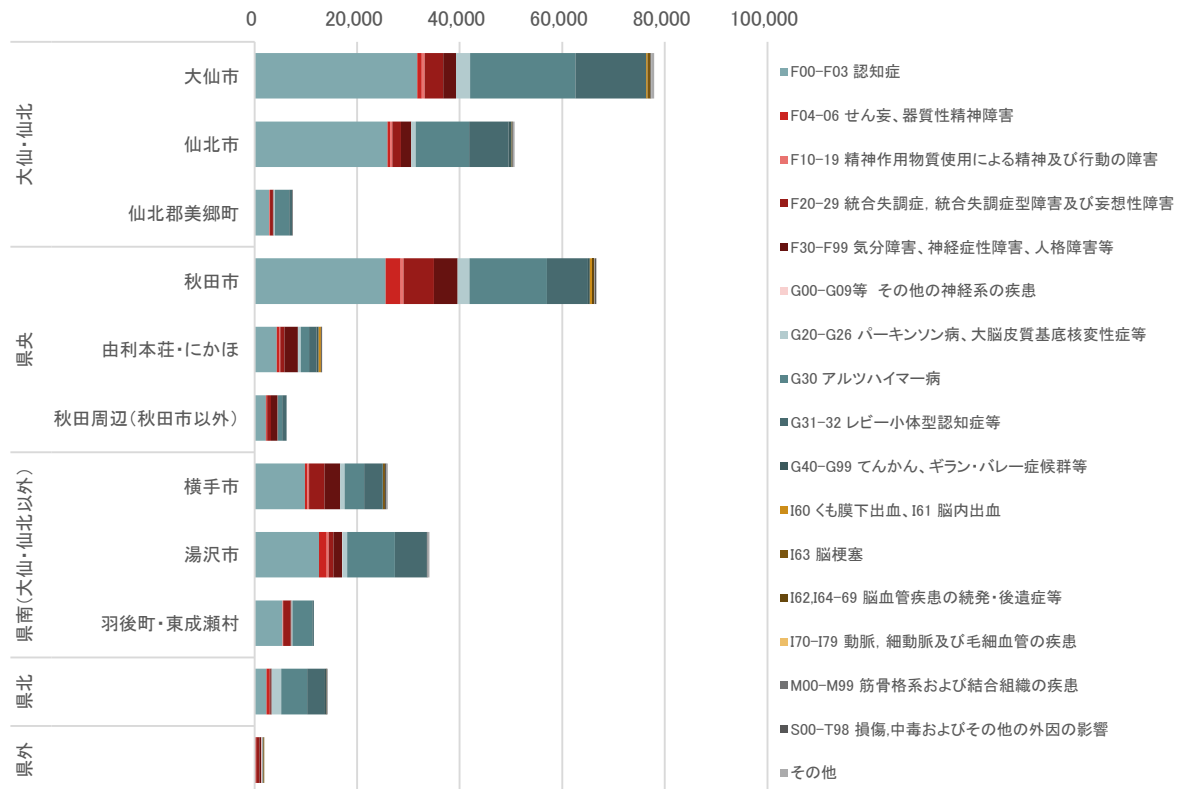
精神科救急病棟は、秋田市からの患者が突出して多く、大仙市の患者はその半数未満である。精神科一般病棟になると、リハセンの位置する大仙市の患者が最も多く、次いで県央医療圏の秋田市、県南医療圏の仙北市となっている。回復期リハビリテーション病棟は精神科一般病棟とは異なり、秋田市からの患者が少なく、県南医療圏の大仙市、横手市、湯沢市が多くを占める。医療療養病棟は、大仙市、秋田市、横手市、湯沢市が多く、仙北市からの患者は少ない。

図表 36 精神科救急病棟 エリア別延べ入院患者数（人）



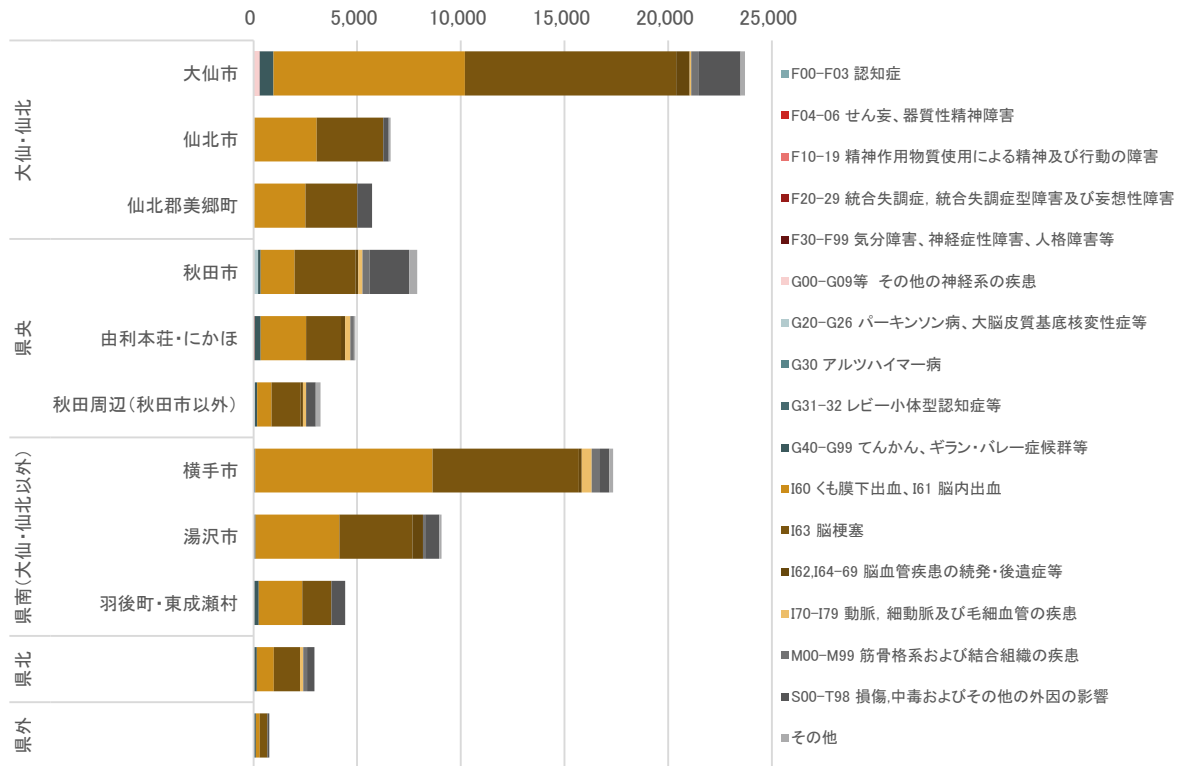
出典:令和6(2024)年度 リハセンDPCデータより作成

図表 37 精神科一般病棟 エリア別延べ入院患者数（人）



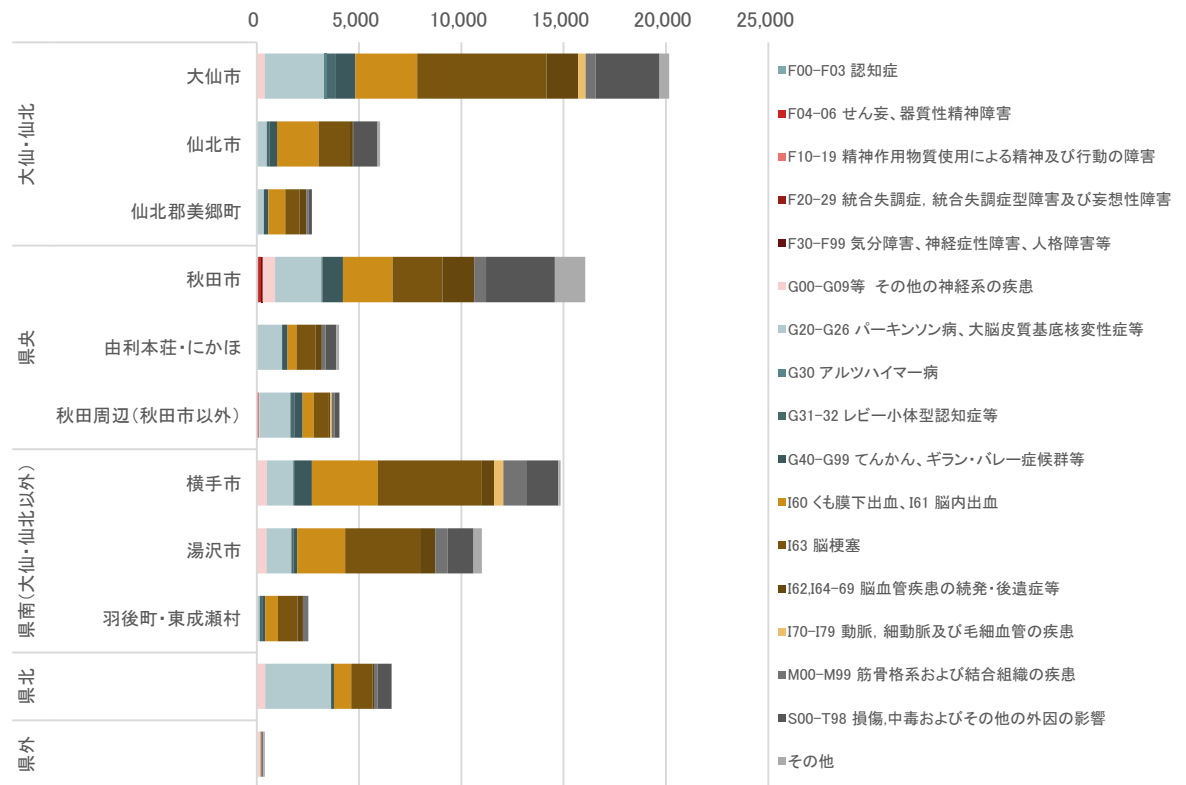
出典:令和6(2024)年度 リハセンDPCデータより作成

図表 38 回復期リハビリテーション病棟 エリア別延べ入院患者数（人）



出典:令和6(2024)年度 リハセンDPCデータより作成

図表 39 医療療養病棟 エリア別延べ入院患者数（人）

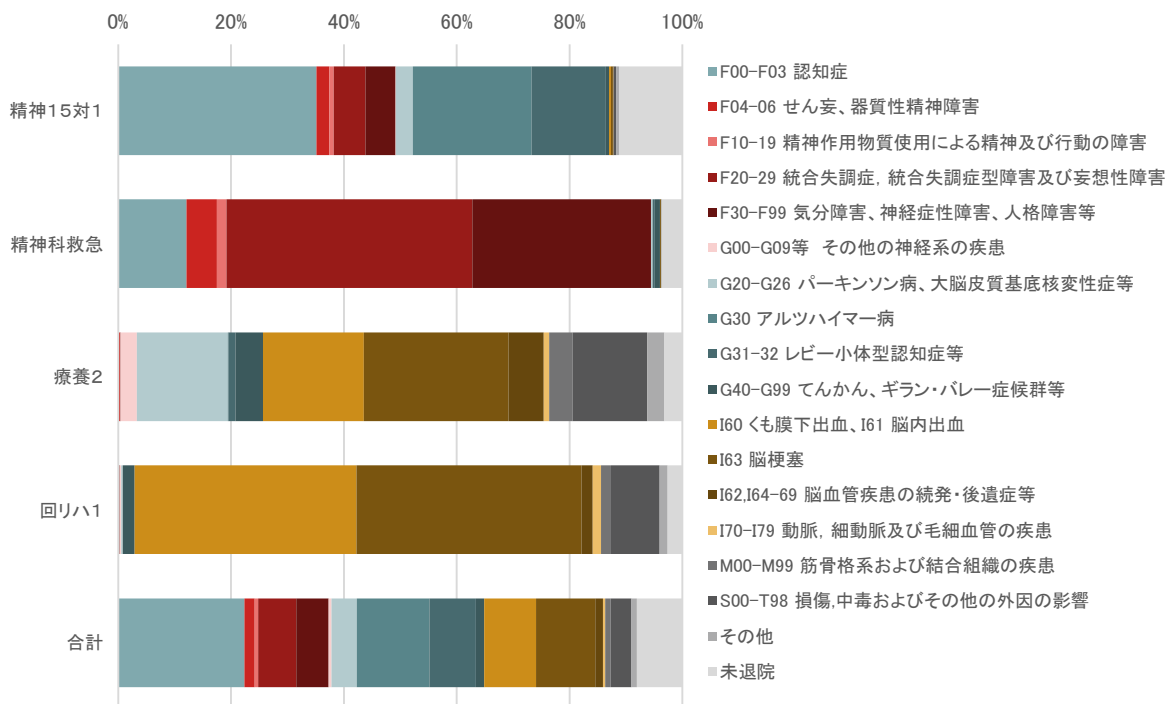


出典:令和6(2024)年度 リハセンDPCデータより作成

疾患構成については、リハセン全体を見ると前述のとおり精神・行動障害、神経系、脳血管を中心とする循環器系の主に3つで構成されているが、病棟は精神科、回復期リハビリテーション、医療療養とそれぞれ対象患者が異なるため、病棟ごとの疾患構成を確認する。

未退院患者を含む延べ入院患者数比率では、精神科一般病棟は精神・行動障害にあたる認知症等(ICD10のF00-99)と神経系にあたるアルツハイマー病等(ICD10のG00-99)の2つでほぼ構成されており、精神科救急は精神・行動障害の中でも認知症以外の統合失調症や気分障害等で8割以上が構成されている。一方、療養病棟においてはパーキンソン病などの神経系患者が2割強いるものの、半数を占めているのはくも膜下出血などの脳血管疾患となっている。回復期リハビリテーション病棟は、約8割が脳血管疾患であり、内訳はくも膜下出血・脳内出血と脳梗塞でほぼ占められている。

図表 40 入院料別 延べ入院患者数比率(主傷病比率) (人)



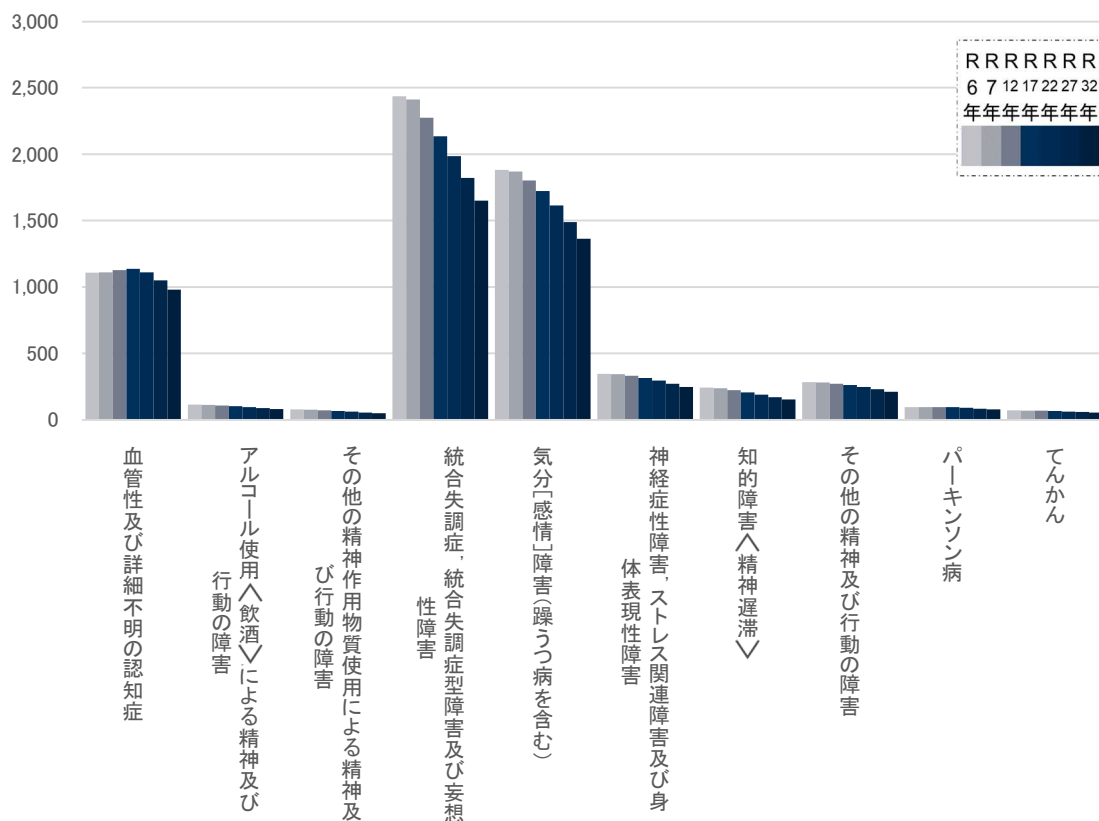
出典:令和6(2024)年度 リハセンDPCデータより作成

(2) 精神科救急急性期病棟について

前述のとおり統合失調症や気分障害が患者の大半を占めるが、将来推計患者数はいずれも令和7(2025)年以降減少傾向にある。一方、3番目に患者数の多い認知症は令和17(2035)年まで緩やかに増加する。

リハセンは精神科救急の全県拠点病院であり、当該病棟の維持は地域医療を支える要であるものの、現在の対象疾患・患者数では将来的に減少が見込まれるため、早い段階で患者確保のための前方・後方連携や急性期病棟の運用見直しをしておくことが有効である。

図表 41 精神科救急急性期病棟における主要疾患の将来推計患者数（人）



※リハセンの令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

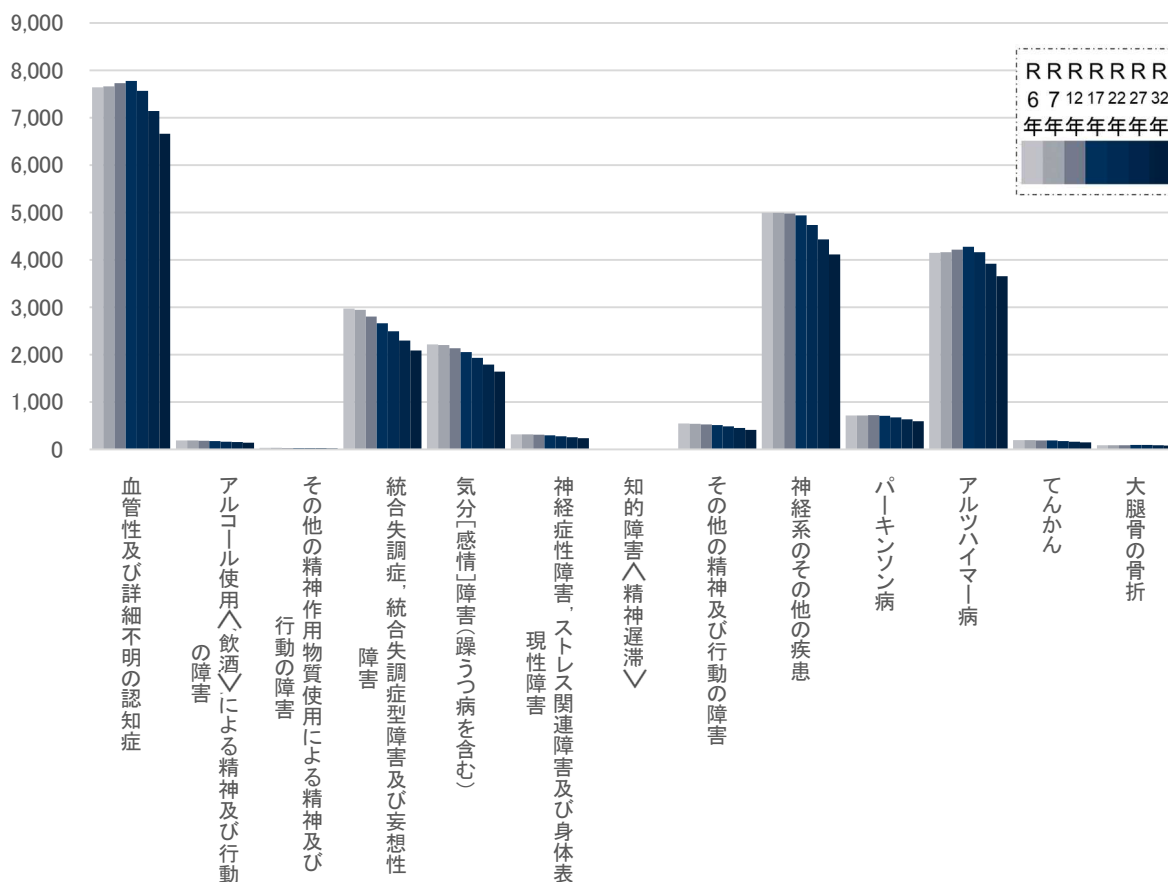
出典: 国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、リハセンDPCデータより作成

(3) 精神科一般病棟について

リハセンの精神科一般病棟は4病棟あり、うち2病棟は認知症患者を対象としている。そこで、認知症以外を対象とする2病棟(以下「精神科病棟」と、認知症を対象とする2病棟(以下「認知症病棟」)に分けて疾患構成を見ていく。

精神科病棟では認知症が最も多く、次いで神経系のその他の疾患、アルツハイマー病となっている。統合失調症や気分障害の患者もいるが、いずれも認知症患者数の半数未満である。認知症とアルツハイマー病は高齢になるほど患者数が増加するため、高齢者人口の増加に伴い将来推計患者数も令和17(2035)年まで増加すると見込まれる。

図表 42 精神科病棟の主要疾患における将来推計患者数 (人)

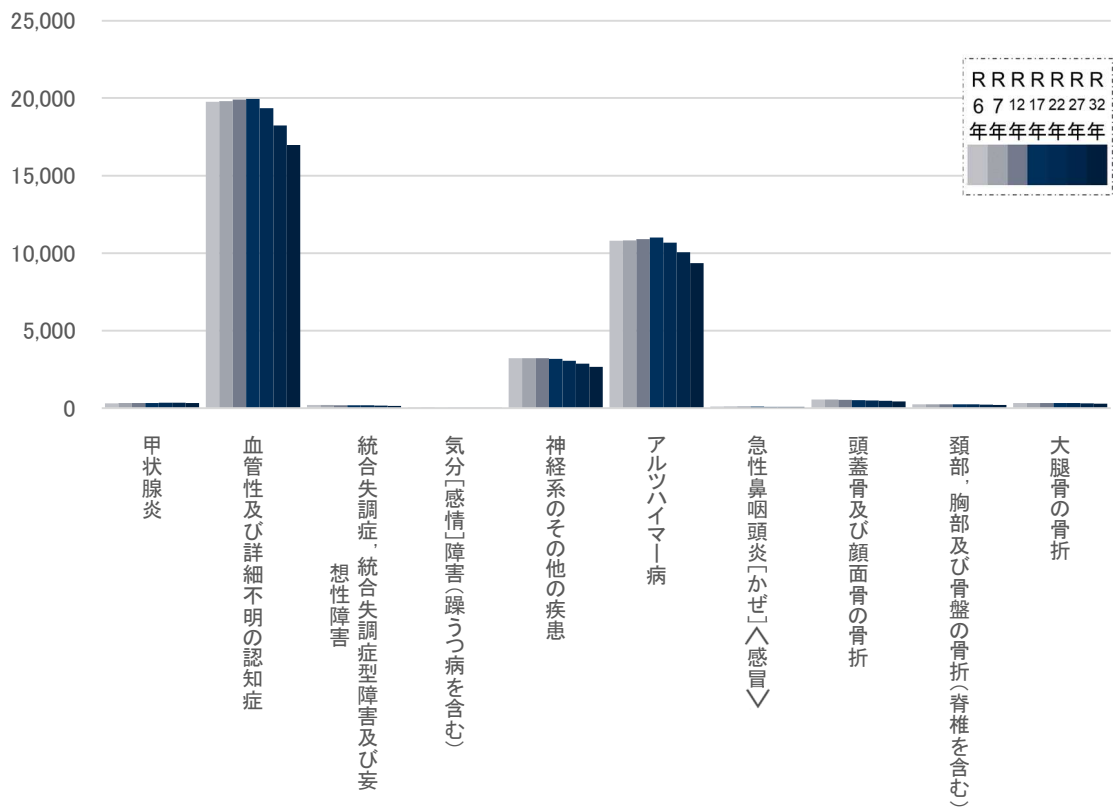


※リハセンの令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典: 国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、リハセンDPCデータより作成

認知症病棟では認知症が最も多く、次いでアルツハイマー病が認知症の約半数程度の患者数となっている。秋田県の高齢者人口の多さや、認知症疾患医療センター・高次脳機能障害相談・支援センターをリハセンが担っていることから、精神科病棟・認知症病棟いずれにおいても認知症患者が大半を占める状況である。

図表 43 認知症病棟の主要疾患の将来推計患者数（人）



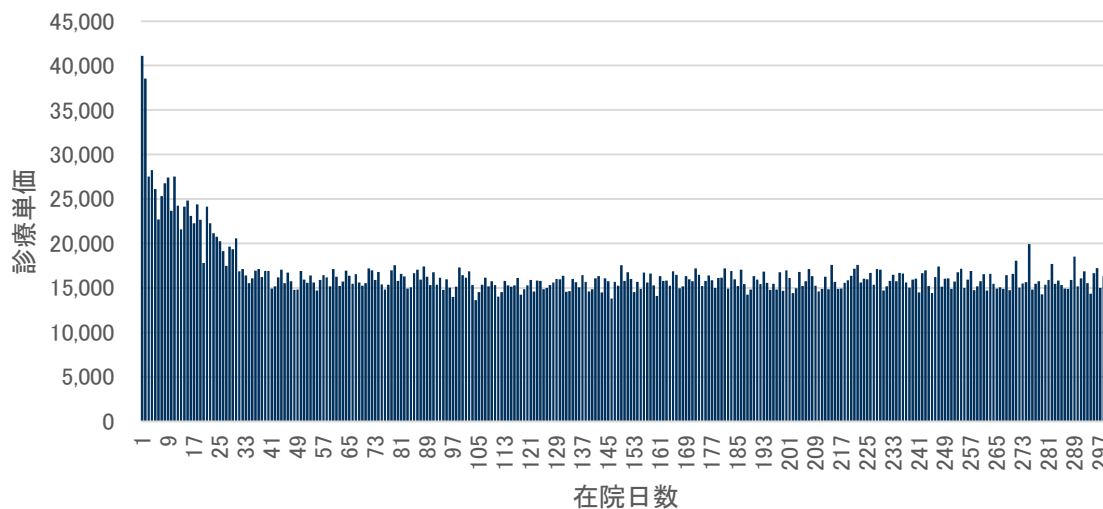
※リハセンの令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典：国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、リハセンDPCデータより作成

認知症病棟の入院患者について、在院日数別の平均診療単価を見ると、入院初日から30日程度まで徐々に診療単価が減少し、それ以降は15,000円前後で推移していることが分かる。また、実際には在院日数が1,000日を超える患者もおおり、診療単価が10,000円を下回る日も少なくない。

地域で必要とされる精神科、認知症病棟の機能を果たしながら、持続可能な経営体制を構築するには、適切な入院期間で患者が地域や施設へ戻ることができるような支援体制の検討も必要である。

図表 44 在院日数別の平均診療単価（円）

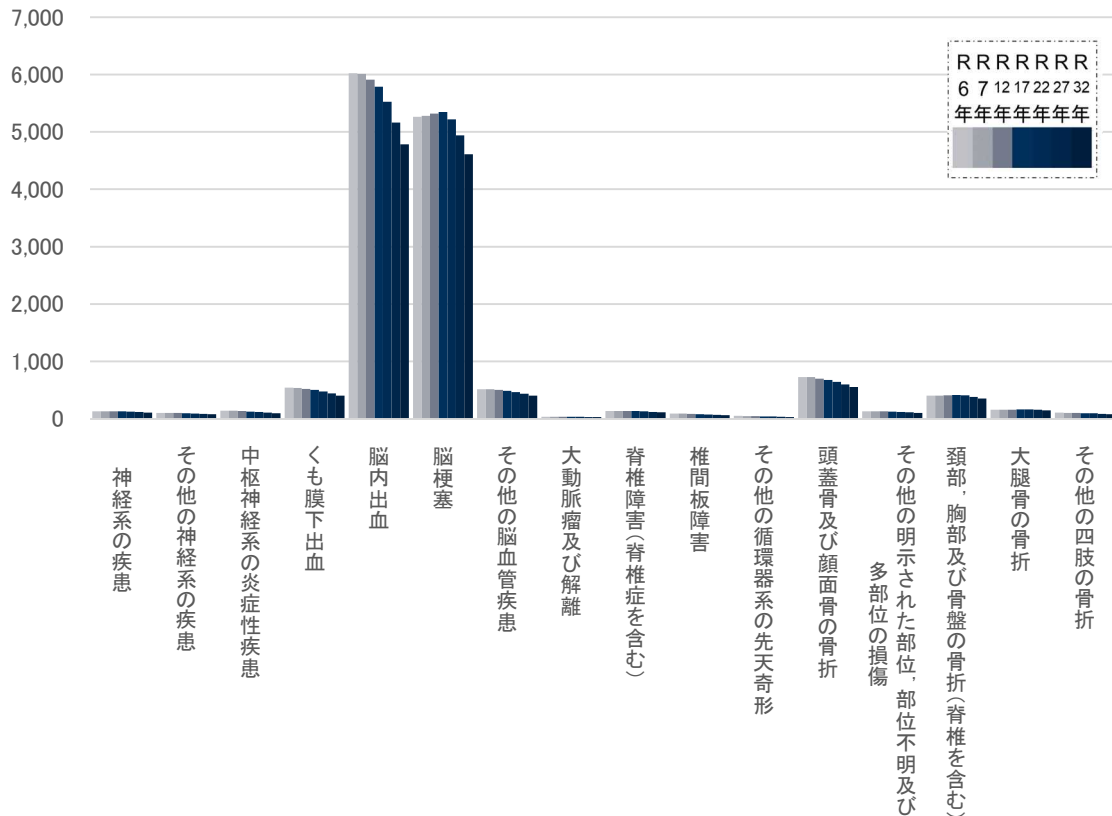


※リハセンの令和6(2024)年度DPCデータより、在院日数300日までの患者を表示
 出典:令和6(2024)年度DPCデータより作成

(4) 回復期リハビリテーション病棟について

県南医療圏では、回復期リハビリテーション病棟を有する医療施設はリハセンのみとなっているため、診療圏で見ると大仙市と、大仙市の南に位置する横手市・湯沢市からの患者が多い。前述の精神科病棟・認知症病棟と異なり、回復期リハビリテーション病棟では脳内出血や脳梗塞などの脳血管疾患が主となる。最も患者数の多い脳内出血はすでに減少傾向にあるが、高齢になるほど患者数が増加する脳梗塞は令和17(2035)年まで患者数の増加が見込まれ、その後減少に転じると想定される。

図表 45 回復期リハビリテーション病棟における主要疾患の将来推計患者数（人）



※リハセンの令和6（2024）年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典：国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、リハセンDPCデータより作成

図表 46 県央・県南医療圏の回復期リハビリテーション病棟の稼働状況

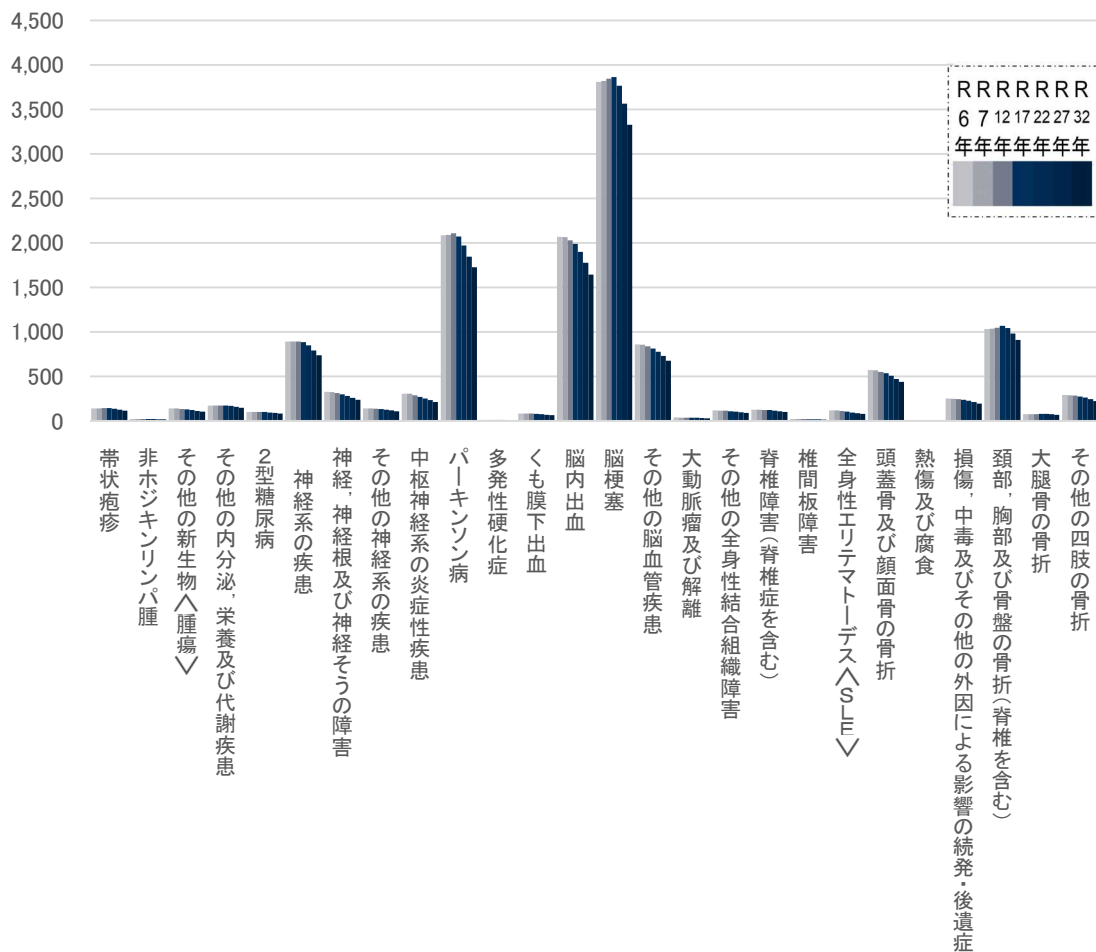
エリア	医療機関名	市区町村名称	病棟部門の職員数						稼働率	平均在院日数	入院患者数の状況 【令和4年4月～令和5年3月】			リハビリテーションの状況		
			理学療法士		作業療法士		言語聴覚士				新規入棟患者数（年間）	在棟患者延べ数（年間）	退棟患者数（年間）	体制強化加算1又は2（回リハ）の届出の有無	リハビリテーション実施割合	平均リハ単位数（1患者1日あたり）
			常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤								
県央	秋田県立循環器・脳脊髄センター	秋田市	8	0	8	0	1	0	68.4%	29.2	406	11,989	416	体制強化加算2の届出有り	98.4	6.6
	医療法人正観会御野場病院	秋田市	7	0	5	0	1	0	84.6%	69.7	218	15,124	216	体制強化加算1の届出有り	100	6.8
	中通りリハビリテーション病院（3階病棟）	秋田市	14	0	14	0	4	0	74.7%	108.3	141	14,994	136	届出無し	100	6.4
	中通りリハビリテーション病院（4階病棟）	秋田市	15	0	15	0	6	0	81.2%	122.6	126	16,301	140	届出無し	99.8	7.0
県南	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター	大仙市	11	0	11	0	4	0	84.4%	81.5	190	15,400	188	体制強化加算2の届出有り	99.8	5.9

出典：令和5（2023）年度病床機能報告より作成

(5) 医療療養病棟について

リハセンの医療療養病棟は、政策的背景から脳血管障害・神経疾患・脊髄損傷・骨折術後などの患者を対象に、積極的なリハビリを実施する慢性期リハビリテーション病棟として運営されている。回復期リハビリテーション病棟では脳内出血が最も多く、次いで脳梗塞であったが、当該病棟では脳梗塞が最も多く脳内出血の2倍近い患者数となっている。また、パーキンソン病患者も脳内出血とほぼ同程度の患者数となっている。

図表 47 医療療養病棟の主要疾患の将来推計患者数（人）

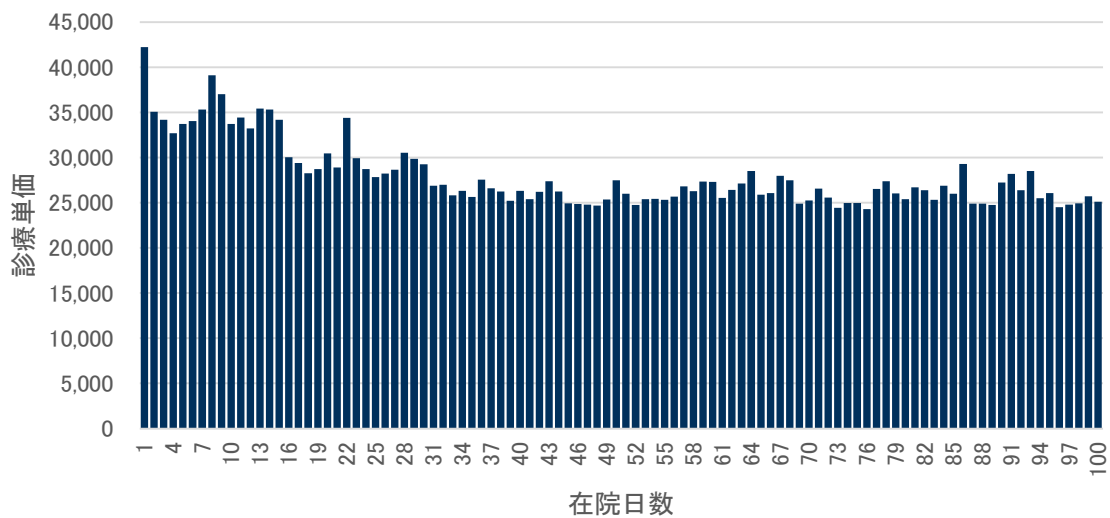


※リハセンの令和6(2024)年度主傷病別患者数×秋田県の傷病別増減率で算出

出典: 国立社会保障人口問題研究所、厚生労働省「患者調査」、リハセン DPC データより作成

リハセンにおける当該病棟の平均在院日数に近い入院後100日までの平均診療単価の推移を見ると、在院日数30日程度までは徐々に診療単価が減少し、それ以降は25,000円前後で推移していることがうかがえる。患者の機能回復に加え、早期の退院を促すことを目的に手厚いリハビリを実施していることを鑑みると、診療単価が高く早期に退院できる患者の確保及び早期退院の促進に向けた取り組みが求められる。

図表 48 在院日数別の平均診療単価（円）



※リハセンの令和6(2024)年度DPCデータより、在院日数100日までの患者を表示
 出典:令和6(2024)年度DPCデータより作成

秋田市からの精神救急患者受入や、県南医療圏に少ない回復期機能を担うなど、リハセンは秋田県の医療において欠かせない機能を有していることは明らかである。一方、将来推計において患者数の減少が見込まれる中、地域に必要な医療を提供し続けながらも、合理的な収支構造を実現できる機能の見直しが必要である。

第3章 複数モデルに基づく将来のあり方の検討

秋田県内の医療需要は今後減少が見込まれ、特に急性期需要は急速な減少が予想される。また、診療報酬においては、急性期治療の集約化を図る方向性が打ち出され、医療療養病床は算定要件が厳格化されている。

これらの外部環境の変化と両センターのこれまでの運営状況に加え、周辺医療機関等との役割分担などを考慮し、両センターそれぞれに想定しうるモデルを複数設定し、比較・検証を行う。

なお、検討の前提条件として、より緊急性の高い循脳センターの機能転換に早期に着手し、現在高稼働であるリハセンは今後も一定の需要が見込まれることから、中長期的視点で望ましいモデルを選択していくこととする。

図表 49 両センターの現状と今後の医療需要、診療報酬の動向

	循脳センター	リハセン
医業収支 (令和7(2025)年 4~5月累計)	3.7億円の医業損失	2.8億円の医業損失
運営費交付金	36.2億円(令和6(2024)年度)	21.7億円(令和6(2024)年度)
今後の医療需要	循脳センターの主たる診療領域である急性期の需要は、今後急速に減少する見込みであり、市内の急性期病院との重複機能も多い。	中長期的には需要減少が見込まれるものの、認知症患者は令和22(2040)年ごろまで増加が見込まれ、かつ現在は認知症病棟が高稼働。 加えて、県南医療圏に不足している回復期機能や、全県の精神科救急の役割を担っている。
診療報酬の動向	急性期医療については集約化する方向性が打ち出されている。	診療報酬において、医療療養病床は厳格化されている。また、精神科や認知症については単独病院での対応に加え、介護施設や在宅医療を担う施設との連携や、地域での対応がより重視される傾向にある。

1. 循脳センター

循脳センターのモデル検討においては、秋田市内主要6病院との急性期医療の役割分担や連携策を検討する必要がある。また、令和7(2025)年9月に締結された「秋田県と国立大学法人秋田大学との医療分野における連携協定」に鑑み、循脳センターにおける秋田大学のバックアップ機能の整備やコメディカルを含めた人材の調整も考慮すべきである。また、機能再編にあたっては周辺病院との合意形成も欠かせない。これらの点も踏まえ、モデルは次の4つを設定した。

図表 50 循脳センターの現状機能とモデル一覧

現状機能	モデル① 現状+急性期特化	モデル② 急性期特化	モデル③ 脳・脊髄・脊椎特化	モデル④ 回復期シフト
急性期機能 (脳神経外科領域)	急性期機能 (脳神経外科領域)	急性期機能 (脳神経外科領域)	急性期機能 (脳神経外科領域)	急性期機能は 秋田大学を含む 他病院へ移管
急性期機能 (脊髄・脊椎領域)	急性期機能 (脊髄・脊椎領域)	急性期機能 (脊髄・脊椎領域)	急性期機能 (脊髄・脊椎領域)	
急性期機能 (循環器内科領域)	急性期機能 (循環器内科領域)	急性期機能 (循環器内科領域)	ダウンサイジング	
その他機能	その他機能	その他機能	その他機能	
急性期機能 (脳神経内科領域)	急性期機能 (脳神経内科領域)	急性期機能 (脳神経内科領域)	急性期機能 (脳神経内科領域)	回復期機能 (回リハ1) (地ケア2)
急性期機能 (心臓血管外科領域)	急性期機能 (心臓血管外科領域)	急性期機能 (心臓血管外科領域)	ダウンサイジング	
回復期機能 (回リハ1)	回復期機能 (回リハ1)	ダウンサイジング	回復期機能 (回リハ1) ※変形ではダウンサイズ	
回復期機能 (地ケア2)	回復期機能 (地ケア2)	ダウンサイジング	ダウンサイジング	
研究所	研究所	研究所	研究所	研究所

(1) モデル① <脳神経・循環器領域強化>

図表 51 モデル①の概要

コンセプト	現状機能に加え脳神経・循環器領域を拡充し秋田大学のバックアップ機能強化
想定時期	短期的取り組み(令和10(2028)年度まで)
背景	<ul style="list-style-type: none"> 心臓血管外科における秋田大学への救患集中の改善 病床稼働向上に向けた取り組み 県内で不足する脳神経内科機能の強化
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 現状機能を維持しつつ心臓血管外科・脳神経内科を強化することで対象患者層を拡大 脳血管障害・脳卒中に関心のある脳神経内科医の育成の場として機能
課題	<ul style="list-style-type: none"> 急性期需要の減少が見込まれる中で機能強化は、周辺病院と患者を奪い合うことになるため慎重な協議が必要 専門医・看護師等の人材確保及び秋田大学と連携した人員配置見直しが必要 機能強化に伴う人件費等のコスト増加と高稼働維持のための更なる経営効率化

(2) モデル② <急性期機能特化>

図表 52 モデル②の概要

コンセプト	回復期機能をダウンサイズし、急性期機能特化病院へ転換
想定時期	短期的取り組み(令和10(2028)年度まで)
背景	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 高齢者をはじめとする救急への対応 ▪ 心臓血管外科における秋田大学への救患集中の改善 ▪ 人件費を中心とした固定費圧縮
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ダウンサイズしつつ、急性期機能を強化し専門性を高める ▪ 周辺病院からの患者集約で病床回転率・稼働率向上を図る ▪ 周辺病院への回復期機能分担による経営効率化 ▪ 人件費等の固定費圧縮による収支改善
課題	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 市中病院への回復期機能の早急な分担 ▪ 急性期需要自体の中長期的な減少に対する引き続きの対応 ▪ 回復期病棟の活用方法検討 ▪ 回復期病棟に配置されている職員の再配置(院内・病院機構内・周辺病院含む)

(3) モデル③ <脳神経・脊髄・脊椎領域特化>

図表 53 モデル③の概要

コンセプト	循環器領域は周辺病院へ移管し、脳神経・脊髄・脊椎領域に特化
想定時期	短期的取り組み(令和10(2028)年度まで)
背景	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 高齢者をはじめとする救急への対応 ▪ 回復期病棟のダウンサイズによる経営効率化
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 脳・脊髄・脊椎と相性のよい回復期リハビリテーション病棟を維持し、急性期から回復期まで切れ目ない医療を提供 ▪ 地域包括ケア病床のダウンサイズによる固定費削減 ※ 変形案では回復期リハビリテーション病棟もダウンサイズし、脳神経、脊髄・脊椎領域の急性期に特化し、更なる機能集約による経営効率化を図る
課題	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 継続する回復期リハビリテーション病棟の高稼働を目指した引き続きの集患 ▪ 秋田大学に集中する開胸手術の負担継続 ▪ 脳神経内科の強化により収入が増加する一方、新たな医師確保等によるコスト増、地域包括ケア病床のダウンサイズによる収入減が生じるため、更なる効率的経営が求められる ※ 変形案では回復期病棟が全てダウンサイズとなるため、モデル案②と同様の課題が発生する
<p>※ モデル③から回復期リハビリテーション病棟をダウンサイジングするケースを「モデル③変形案」とする。</p>	

(4) モデル④ <回復期シフト>

図表 54 モデル④の概要

コンセプト	回復期へのシフト
想定時期	長期的取り組み
背景	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 今後想定される急性期需要の急速な減少 ▪ 各診療科医の点在
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 急性期よりも緩やかな需要減少が見込まれる回復期へシフトすることで、安定した病院運営を実現 ▪ 急性期機能を周辺病院へ移管し、回復期機能に特化することで地域における各診療科医の点在を解消 ▪ 看護師等の職員の再配置をあわせて行い、経営効率化を図る
課題	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 大幅なモデルチェンジのため、周辺病院の機能再編も伴う ▪ 移行期間中の周辺病院との住み分けや、急性期病院を中心とした前方連携の構築

(5) 概算収支シミュレーション

1) 主な前提条件

図表 55 各モデルの概算収支シミュレーションにおける前提条件

項目／試算にあたっての考え方	参考資料
基本的な考え方 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 令和7(2025)年度実績見込み(10月累計(一部11月累計)を年換算)を基に、運営費交付金を除く医業収支(損益計算)を令和32(2050)年度まで試算。 ▪ 循脳センターの体制は令和7(2025)年度の変更(循環器内科3名、脳外7名、リハ2名、糖尿・内分泌内科新設等)を反映。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 循脳センター 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度10月までの月次決算及び診療科別医業収益(稼働額ベース) ・ 循脳センター 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度10月までの診療科別医師数
新設診療科・部門 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 新設診療科・部門である心臓血管外科は、他事例を基に常勤医師2名体制、入院診療単価14万円、延べ患者数見込み1,400人/年(常勤医師1人あたり700人/年)と想定して試算。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他病院の人員体制・診療データ
診療科別収益 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 令和7(2025)年度の診療科・病棟別収益は、令和7(2025)年度10月累計実績を基に、11月以降は10月実績を維持するものと仮定。 ▪ 令和8(2026)年度以降の診療科・病棟別収益は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、診療科・病棟別の性・年齢別・主傷病別患者数及び診療単価に秋田県全体の将来的な性・年齢別・傷病別患者数の増減率を乗じて試算。 ▪ 秋田県全体の将来的な傷病別患者数は、地域医療構想における医療需要の推計手法を参考に、秋田県の性・年齢別将来推計人口×傷病別受療率で算出。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 循脳センター 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度11月までのDPCデータ ・ 国立社会保障人口問題研究所 日本の将来推計人口 令和5(2023)年推計 ・ 厚生労働省 令和5(2023)年度 患者調査 ・ 厚生労働省 地域医療構想策定ガイドライン

項目／試算にあたっての考え方	参考資料
<p>人員数・給与費</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 人員数の将来推計は施設基準、将来の医業収益の推計値及び診療機能の増減に応じて試算。 ▪ 給与費の将来推計は令和6(2024)年度の年間給与費に職種別人員数の増減を反映して試算。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 循脳センター 令和6(2024)年度 部署別常勤換算職員数 ・ 循脳センター 令和6(2024)年度 看護部 部署別常勤換算職員数
<p>薬剤費・材料費</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 薬剤費・材料費は、他病院における診療科別原価計算の計算手法を参考に、診療科・病棟別の薬剤費・材料費収入の医業収益比率を試算し、将来的な医業収益の推計値を乗じて算出。 ▪ 新設診療科・部門は他病院の診療科別原価計算事例を参考に試算。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 循脳センター 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度11月までのDPCデータ ・ 循脳センター 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度10月までの医薬品・診療材料購入データ ・ 他病院の診療科別原価計算事例
<p>委託費・経費</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 委託費・経費の将来推計は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、令和7(2025)年度10月累計の医業収益に対する委託費・経費の比率に、将来的な医業収益の推計値を乗じて算出。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 循脳センター 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度10月までの月次決算
<p>設備関係費</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 設備関係費のうち減価償却費は令和9(2027)年度まで追加投資を行わないと仮定して試算。令和10(2028)年度以降は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、令和10(2028)年度の減価償却費の推計値に、医業収益の将来的な増減率を乗じて試算。 ▪ その他の設備関係費の将来推計は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、令和7(2025)年度10月累計の医業収益に対するその他の設備関係費の比率に、将来的な医業収益の推計値を乗じて試算。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 循脳センター 令和6(2024)年度～令和10(2028)年度以降の減価償却費の見込み(追加投資除く)

2) 試算結果

前述の前提条件を基にシミュレーションを行った結果、循環センターのモデル①からモデル③(変形含む)について、令和12(2030)年度時点の医業収支及び医業収支比率の見込みは下表のとおりである。モデル④については令和22(2040)年度以降の候補となるため試算結果から除外している。

図表 56 各モデルの概算収支シミュレーション結果

科目等	現状	実績見込み	モデル①	モデル②	モデル③	モデル③変形
	令和6年度	令和7年度	現状＋急性期特化(心臓外科強化)	急性期特化(回リハ・地ケア廃止)	脳・脊髄・脊椎特化(循環器・地ケア廃止)	脳・脊髄・脊椎特化で回リハなし
	146床	146床	146床	88床	121床	73床
医業収益(千円)	2,908,960	3,293,343	3,518,903	2,932,396	2,764,630	2,271,055
医業費用(千円)	6,036,106	5,980,957	6,071,474	5,028,324	4,740,583	3,867,121
医業収支(千円)	▲3,127,146	▲2,687,613	▲2,552,572	▲2,095,928	▲1,975,953	▲1,596,066
R6からの増減		+439,533	+574,574	+1,031,218	+1,151,193	+1,531,081
R7からの増減			+135,041	+591,685	+711,661	+1,091,548
医業収支比率	48.2%	55.1%	58.0%	58.3%	58.3%	58.7%
看護師数(人)	206.1	206.1	173.3	138.0	136.1	109.3
R6=R7からの増減		0.0	▲32.8	▲68.2	▲70.1	▲96.8

※端数処理のため、表中の内訳と合計が一致しないことがある。

医業収支の見込みとしては、モデル①は心臓血管外科新設に伴う人員体制や設備投資等のコスト負荷が大きく、医業収支の大幅な改善は困難である。

モデル②については、急性期医療に特化し、ダウンサイズすることによる固定費の圧縮により一定の医業収支の改善が見込まれる。

モデル③(変形含む)は、現状においても緊急入院の受け入れ等で強みを有する脳神経・脊髄・脊椎に特化し、病床稼働率の向上及び固定費の圧縮により一定の医業収支の改善が見込まれる。

いずれのモデルにおいても、大幅な機能転換を要するため、周辺病院との更なる役割分担・連携強化が不可欠である。また、看護師を中心とした人員配置の抜本的な見直しが必要であり、人材確保・再配置に関する具体的な計画策定が課題である。

(6) 望ましいモデルの方向性

県立病院として担うべき脳卒中、脊髄・脊椎、循環器領域の高度医療を県民に確実に提供するとともに、地域における病院間の連携の観点から現状の秋田大学の心臓血管外科領域の負荷軽減を視野に急性期医療機能を充実させる一方、回復期機能については、周辺医療機関との連携によりダウンサイジングが可能になることが期待され、固定費の削減による運営費交付金の圧縮にも繋がることから、モデル②を目指すことが望ましい。

ただし、循脳センターでは、令和7(2025)年度から新病院長のもと、経営改善を進めており、すでに病床稼働率の向上など効果が現れていることから、モデル②への移行にあたっては、医業収支の改善状況を注視しつつ、急性期医療体制に係る病床規模や人員体制について改めて検討を要する。

なお、委員会におけるモデル検討の過程では、各委員から次のような意見があったので、参考にしてもらいたい。

図表 57 各委員からの主な意見

カテゴリー / 意見	
整備方針	<ul style="list-style-type: none"> ▪ まずは現状機能を少し充実させてモデル①を目指した後、地域医療連携推進法人などが出来て回復期の患者の受け皿が整った後に、モデル②へ移行するのが良い。 ▪ 脳神経内科医が少ないことが他の病院でも課題となっているが、脳神経内科の専門医を育成するためには、指導医が指導を行う施設も必要であり、短期間では育成できない中、どのように対応していくか、あるいは育成する仕組みをどう作っていくかという問題についても早急に取り組んでいかなければならない。 ▪ 令和6(2024)年に比べて病床稼働が向上してきており、今後看護師の不補充や他病院との連携による職員出向などを組み合わせることで、もう少し赤字幅を縮小できる余地がある。リハビリテーション科の医師は、9割近い稼働率が続くような状態で頑張っており、回復期機能をダウンサイズするモデル②に移行することを発表した場合に、モチベーションが低下したり、秋田県から離れたりしてしまう可能性があり危惧している。 ▪ モデル②は、循脳センターの活力ある生き残り策としては良い。医師を含む職員のモチベーションは非常に気になるところであり、特に看護師は秋田県全体で不足しているため、どうやって再就職に繋げるか、転職先や看護師自身の生き方まで考えて、看護師ができるだけ元気に、県内で働けるようにシステムを作る必要がある。 ▪ 循脳センターと秋田大学は連携できる体制にあるので、地域医療連携推進法人の設立に向けて進むのであればモデル②が良い。ただし、県民が適切な医療を受けられなくなる事態は避けなければならない。循脳センターが県立病院として赤字であっても提供しなければならない部分である。その意味で、連携体制を組む中で循脳センターが急性期の役割を担うのが良い。
規模・機能適正化	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 急性期の患者が急速に減少していく状況や、心不全の増加が予想されるものすでに他病院で役割を担っている状況があることを踏まえれば、循脳センターで今の規模を維持する必要があるのか疑問である。 ▪ 県が循脳センターに県立病院として期待する機能は、秋田県全域をカバーする急性期の医療を担うことだが、脳と循環器の中でもどの領域なのか、周辺の医療機関の状況も踏まえた上で循脳センターが担うということに納得感がないといけない。循脳センターが持っている医療資源を有効活用できた上で、症例の集約ができるということも重要な要素である。

カテゴリー / 意見	
医療機能・専門性	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 脊髄に関しては、低侵襲手術や慢性疼痛治療など、かなり特徴的なことをやっているの、このままで行けると思う。循環器に関してはそれぞれ他の病院との役割分担があるので関係者で考えるしかないが、かなりの設備を持っているので高度なことができるだろう。 ▪ 脳梗塞の患者に対して最初に行うのは血栓回収だが、対象患者は脳梗塞全体の1割程度しかおらず、他の9割は脳卒中内科医による診療が全国の標準的な治療となっている。秋田県は脳卒中内科医による診療が弱く、現在はその部分を脳外科医がカバーしている状況である。 ▪ 循環器センターは脳疾患の急性期患者を秋田県で最も多く診ており、そこに一番必要なのが脳神経内科医と脳外科医のチームである。全国的には、ここに心臓を診る医師も加わり、ブレインハートチームを作る病院も多くあるが、少なくとも脳外科医と脳神経内科医が1つのチームになって、脳梗塞の患者を診る体制は実現したいし、循環器センターであればやっていけないのではないかと。 ▪ 基本的には脳神経内科で脳卒中を診ている病院は、自前で急性期の治療をして、リハビリを行うのが当然という考え方がある。
人件費・職員数	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 職員が多すぎるため、人件費が増加している。 ▪ 人事委員会勧告では今年度は3%の給与引上げになるので、それに縛られないとは言いつつ、業務効率化などの改善策を進め、余剰人員の配置変えなどの対応をしないと、どれだけ循環器の診療に力を入れても、結果的に費用が増えることになる。医師を増員しても、それに見合った患者数・手術件数の増加がなければ人件費増加分をカバーできないので、業務・人員の効率化も検討が必要である。
財務・運営	<ul style="list-style-type: none"> ▪ モデルの検討にあたっては、移行完了までの5年間に収支を改善させ、その先で人口減少や他の医療機関との連携などを考慮し、こちらのモデルに変更するという視界に入れていかないといけない。今の収支状況のまま5年運営するということを県民が知ったら納得はできないだろう。
周辺病院との連携	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 秋田市内での循環器の役割分担は、これからますます重要になる。 ▪ 病院ごとに急性期機能が分散している今の形だと、なかなか専門医の育成は難しい。 ▪ 秋田市内で連携・役割分担をしていく際に、しっかり形にするには1、2年ではできない。かなり力が必要な調整をしないといけないので、早めに秋田市内の急性期病院同士で役割分担する方向で話を進めるべきである。
スケジュール	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 現在第4期中期計画は令和10(2028)年までが一つの区切りになっている。今すぐ実施できるもの、第5期からスタートするもの、更に長期的に取り組むものという形で整理すべきである。 ▪ 今の循環器センターの経営状況でもう少し様子を見るということは、収支状況からして厳しい。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 患者動向など流動的な部分や、実際に選択したモデルへの移行を図った際の採算性の検証などを考慮すると、次の第5期中期計画に間に合うか、第4期中期計画を変更したとしても残り2年経営が持つのか、非常に不安である。患者は急速に減少する上、各基幹病院の再編の可能性もあるので、本委員会で提言を出して、それで終わりという形にならないようにしたい。 ▪ 秋田市内ひいては秋田県全体において、それぞれの病院のあり方を大胆に変えていかないと、いずれ共倒れになることは数字で見ても明らかである。 ▪ 秋田県では下り搬送が十分に稼働していないのではないかと。実際に県南医療圏では、自院に空床があるため下り搬送するよりも院内で診ている方が良いという病院がある。 ▪ 循環器センターには、秋田県全体に対して「このような疾患であればすぐに受け入れられる」などアピールしてもらえると、患者を紹介しやすい。患者を紹介した後、回復した患者を地域に戻してもらえれば、さらに病床稼働率も上がるのではないかと。 ▪ リハビリ機能を他病院へ移管していくことについては、これまで循環器センターで行っていた素晴らしいリハビリを、連携する病院と共有しながら、秋田県全体の質を上げていければよい。

2. リハセン

リハセンのモデル検討においては、政策医療として引き続き担うべき機能は維持する一方、中長期的に減少する医療需要や医療圏における他病院等の担う機能を踏まえ、収支構造の改善が期待できる体制を模索するため、モデルは次の3つを設定した。

図表 58 リハセンの現状機能とモデル一覧

現状機能	モデル① 慢性期除外	モデル② 精神科・認知症機能特化	モデル③ 精神科+介護医療院
精神科救急機能 40床	精神科救急機能 40床	精神科救急機能 40床	精神科救急機能 40床
精神科機能 (精神15:1) 60床	精神科機能 (精神15:1) 60床	精神科機能 (精神15:1) 60床	精神科機能 (精神15:1) 60床
認知症治療機能 (精神15:1) 100床	認知症治療機能 (精神15:1) 100床	認知症治療機能 (精神15:1) 100床	介護医療院 100床～ (病床数要調整)
回復期機能 (回リハ1) 50床	回復期機能 (回リハ1) 50床	ダウンサイジング	ダウンサイジング
慢性期機能 (療養2) 50床	ダウンサイジング	ダウンサイジング	ダウンサイジング

(1) モデル① <慢性期ダウンサイジング>

図表 59 モデル①の概要

コンセプト	慢性期機能のダウンサイズ
想定時期	中長期的取り組み(循脳センター着手後、令和22(2040)年まで)
背景	<ul style="list-style-type: none"> 今後増加する認知症患者の受入拠点として継続 地域医療である回復期機能は担い続ける
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 全県拠点である精神科救急機能、県南地域に少ない精神科機能は維持し、現在の機能強化(救急・休日診療を含む)を図る 現在高稼働かつ今後需要増が見込まれる認知症治療機能も引き続き維持する 地域に不足する回復期リハビリテーション病棟は引き続き維持する 地域医療を担っている慢性期機能は他院への移管も含めて検討しダウンサイズ ダウンサイズによる収益減が見込まれるが、同時に固定費の削減による医業収支改善を図る
課題	<ul style="list-style-type: none"> 地域に不足する回復期機能の担い手となる他病院との役割分担 多数のセラピストの院外再配置の検討

(2) モデル② <精神科・認知症機能特化>

図表 60 モデル②の概要

コンセプト	回復期・慢性期機能のダウンサイズ
想定時期	中長期的取り組み(循脳センター着手後、令和22(2040)年まで)
背景	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 今後増加する認知症患者の受入拠点として精神科・認知症機能に特化 ▪ 公的医療機関として、地域医療ではなく政策医療の役割に徹し、経営改善を図る
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 全県拠点である精神科救急機能、県南地域に少ない精神科機能は維持し、現在の機能強化(救急・休日診療を含む)を図る ▪ 現在高稼働かつ今後需要増が見込まれる認知症治療機能も引き続き維持する ▪ 地域医療を担っている回復期・慢性期機能は他院への移管を図る ▪ ダウンサイズによる収益減が見込まれるが、同時に固定費の削減による医業収支改善を図る
課題	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 大幅なモデルチェンジのため、周辺病院の機能再編を伴う ▪ 地域に不足する回復期機能の担い手となる他病院との役割分担 ▪ 多数のセラピストの院外再配置の検討

(3) モデル③ <精神科・介護医療院>

図表 61 モデル③の概要

コンセプト	精神科救急を含めた全県拠点病院としての精神科機能維持と介護医療院での認知症高齢者対応
想定時期	中長期的取り組み(循脳センター着手後、令和22(2040)年まで)
背景	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 県内全域の精神科機能の補完 ▪ 今後増加する認知症高齢者の医療と介護の複合ニーズへの対応
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 全県拠点である精神科救急機能、県南地域に少ない精神科機能は維持し、現在の機能強化(救急・休日診療を含む)を図る ▪ 県内全域の精神科機能の補完までを見据え、精神科機能病棟に適した患者をスムーズに受け入れられるよう、認知症治療機能の再編を行う ▪ 現在高稼働かつ今後需要増が見込まれる認知症治療機能として、長期間に渡る介護と医療が必要な高齢者に対応した「介護医療院」を院内に併設。入院が必要な認知症高齢者と、介護が必要な認知症高齢者を明確にし、適切な医療・介護の提供を目指す
課題	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 介護医療院転換に向けたハード面の整備とソフト面(職員・患者)の調整 ▪ 地域に不足する回復期機能を担ってくれる他病院との役割分担 ▪ 介護医療院に転換する病棟でのハード面の整備(入所者1人あたり床面積等) ▪ 病院、介護医療院それぞれの必要職員数の配置(特に介護職員)及び病院機構内外を含めた再配置の検討 ▪ 大幅な機能転換のため、準備から実行までには長い期間を要する可能性あり

(4) 概算収支シミュレーション

1) 主な前提条件

図表 62 各モデルの概算収支シミュレーションにおける前提条件

項目／試算にあたっての考え方	参考資料
基本的な考え方 <ul style="list-style-type: none"> 令和7(2025)年度実績見込み(10月累計(一部11月累計)を年換算)を基に、運営費交付金を除く医業収支(損益計算)を令和32(2050)年度まで試算。 	<ul style="list-style-type: none"> リハセン 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度10月までの月次決算 リハセン 令和7(2025年度)11月までの診療科別医業収益
新設診療科・部門 <ul style="list-style-type: none"> 新設診療科・部門である介護医療院は、他施設事例及び介護施設の施設基準を基に、50床・100床の介護医療院 I 型(医療機関併設)と想定し、経営収支と人員体制を試算。 	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省 平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査 独立行政法人福祉医療機構 2023年度 介護医療院の経営状況について
診療科別収益 <ul style="list-style-type: none"> 令和7(2025)年度の診療科・病棟別収益は、令和7(2025)年度11月累計実績値を年換算して試算。 令和8(2026)年度以降の診療科・病棟別収益は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、診療科・病棟別の性・年齢別・主傷病別患者数及び診療単価に秋田県全体の将来的な性・年齢別・傷病別患者数の増減率を乗じて試算。 秋田県全体の将来的な傷病別患者数は、地域医療構想における医療需要の推計手法を参考に、秋田県の性・年齢別将来推計人口×傷病別受療率で算出。 	<ul style="list-style-type: none"> リハセン 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度11月までのDPCデータ 国立社会保障人口問題研究所 日本の将来推計人口 令和5(2023)年推計 厚生労働省 令和5(2023)年度 患者調査 厚生労働省 地域医療構想策定ガイドライン
人員数・給与費 <ul style="list-style-type: none"> 人員数の将来推計は施設基準、将来の医業収益の推計値及び診療機能の増減に応じて試算。 給与費の将来推計は令和6(2024)年度の年間給与費に職種別人員数の増減を反映して試算。 	<ul style="list-style-type: none"> リハセン 令和6(2024)年度 職種別常勤職員数 リハセン 令和6(2024)年度 看護部 部署別常勤換算職員数
薬剤費・材料費 <ul style="list-style-type: none"> 薬剤費・材料費は、他病院における診療科別原価計算の計算手法を参考に、診療科・病棟別の薬剤費・材料費収入の医業収益比率を試算し、将来的な医業収益の推計値を乗じて算出。 新設診療科・部門である介護医療院は、他施設事例を参考に試算。 	<ul style="list-style-type: none"> リハセン 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度11月までのDPCデータ リハセン 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度10月までの医薬品・診療材料購入データ 独立行政法人福祉医療機構 2023年度 介護医療院の経営状況について
委託費・経費 <ul style="list-style-type: none"> 委託費・経費の将来推計は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、令和7(2025)年度10月累計の医業収益に対する委託費・経費の比率に、将来的な医業収益の推計値を乗じて算出。 	<ul style="list-style-type: none"> リハセン 令和6(2024)年度・令和7(2025)年度10月までの月次決算

項目／試算にあたっての考え方	参考資料
設備関係費 <ul style="list-style-type: none"> 設備関係費のうち減価償却費は令和9(2027)年度まで追加投資を行わないと仮定して試算。令和10(2028)年度以降は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、令和10(2028)年度の減価償却費の推計値に、医業収益の将来的な増減率を乗じて試算。 その他の設備関係費の将来推計は、他病院における長期収支計画の策定事例を参考に、令和7(2025)年度10月累計の医業収益に対するその他の設備関係費の比率に、将来的な医業収益の推計値を乗じて試算。 	・リハセン 令和6(2024)年度～令和10(2028)年度以降の減価償却費の見込み(追加投資除く)

2) 試算結果

前述の前提条件を基にシミュレーションを行った結果、リハセンのモデル①からモデル③について、令和12(2030)年度時点の医業収支及び医業収支比率の見込みは下表のとおりである。

図表 63 各モデルの概算収支シミュレーション結果

科目等	現状	実績見込み	モデル①	モデル②	モデル③
	令和6年度	令和7年度	慢性期 ダウンサイジング	精神科・認知症 機能特化	精神科 +介護医療院
	300床	300床	250床	200床	300床
医業収益(千円)	2,527,063	2,588,446	2,120,811	1,529,685	1,267,048
医業費用(千円)	4,270,315	4,404,373	3,232,117	2,383,174	2,029,673
医業収支(千円)	▲1,743,252	▲1,815,927	▲1,111,306	▲853,489	▲762,625
R6からの増減		▲72,674	+631,946	+889,763	+980,627
R7からの増減			+704,620	+962,438	+1,053,302
医業収支比率	59.2%	58.8%	65.6%	64.2%	62.4%
看護師数(人)	210.7	210.7	133.7	111.1	83.5
R6=R7からの増減		0.0	▲77.0	▲99.6	▲127.2

※端数処理のため、表中の内訳と合計が一致しないことがある。

医業収支の見込みとしては、モデル①は比較的高単価の慢性期リハビリテーション病棟のダウンサイズにより、患者数・診療単価共に減少しているが、ダウンサイズによる固定費の圧縮により医業収支は一定程度改善が見込まれる。

モデル②については、比較的収支効率のよい回復期病棟をダウンサイズするため、収支効率はモデル①に劣っているが、大幅なダウンサイズによる固定費の圧縮により医業収支の改善が見込まれる。

モデル③は、中長期的な需要が見込まれる介護医療院への転換で、医業収支の向上が見込まれる一方、介護医療院に対応する介護職員などの確保が課題である。

いずれのモデルにおいても、精神疾患を有し、リハビリテーションを要する患者を受け入れてきた回復期リハビリテーション機能又は慢性期リハビリテーション機能を他病院に移管する必要があるため、循脳センターと同様、周辺病院との更なる役割分担・連携強化が不可欠である。また、看護師を中心とした人員配置の抜本的な見直しが必要であり、人材確保・再配置に関する具体的な方策を検討する必要がある。

(5) 望ましいモデルの方向性

県の精神科救急における全県拠点病院、秋田県高次脳機能障害相談・支援センターの機能や若年性認知症支援コーディネーターによる相談支援は、リハセンにしか提供できない、県民の健康と福祉に貢献する欠かせない機能であり、引き続き精神疾患患者の最後の砦として維持していく必要がある。

また、回復期リハビリテーション病棟については現状、県南医療圏ではリハセンにしか設けられておらず、慢性期リハビリテーション病棟も積極的なリハビリを行う療養病棟として政策的に設けた背景がある。先進のロボット支援による訓練や運転シミュレーションを導入し、早期の社会復帰を支援しているため、いずれの病棟も高稼働な状態が続いているが、精神科救急とは異なり、地域医療を担っている側面があるため、県立病院が担うべき機能を鑑みて、ゆくゆくは県南医療圏の病院等と連携して患者を支える体制を構築していくことが期待される。

したがって、当面は現状維持を基本としつつも他の医療・介護施設等において患者の受入環境が整い次第、モデル①に移行し、医業収支を改善することで、運営費交付金の圧縮を図ることが望ましい。

なお、委員会における検討の過程では、各委員から次のような意見があったので参考にしていただきたい。

図表 64 各委員からの主な意見

カテゴリー / 意見
<p>患者層・病床機能</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 精神科救急は全県拠点であり、最後の砦である。政策医療でもあるため、引き続きリハセンに担ってもらいたい。 ▪ 慢性期リハビリテーション病棟(療養病棟入院料2)で医療の必要度が高い患者を受け入れ、医療区分2、3の割合を8割まで引上げれば診療単価も向上するだろうが、現状は診療単価もそれほど高くなく、当該病棟が果たして必要なか疑問である。現在の入院患者の中には介護施設で対応できる方もいるのではないか。現在病床が埋まっている分には良いが、国も療養病棟入院料2自体を今後どうするか検討しているため、若干ダウンサイズする方向でも良いのではないか。 ▪ 地域包括ケア病棟で対応できる部分がかかなり多く、回復期リハビリテーション病棟のニーズが減ってきているのは確かである。回復期リハビリテーション病棟に入院する多くは50～60代の脳血管疾患のリハビリテーションを集中的に行う患者である。今後80代が患者の主体になると、例えば横手市で脳血管障害になったとして、回復期リハビリテーション病棟へ入院したいという理由でリハセンのある大仙市まで行くかという、患者や家族は居住地の周辺を希望すると思われるので、リハセンの患者は更に減少するだろう。その意味ではダウンサイズをしていく方向で考えた方が良い。 ▪ 慢性期リハビリテーション病棟の患者は、データを見るとあまり医療の必要度が高くない方が多いので、各地域の特養などに受け皿となってもらうのがよいだろう。
<p>介護医療院への転換</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 介護医療院への転換というモデルについては、これをやると介護保険料が大幅に上がることになるので、対象となる患者を抱える大仙市と協議しなければいけない。急に「介護医療院へ転換する」と言われても、市町村ではすぐに対応できない。第9期介護保険事業支援計画(令和6(2024)～8(2026)年度)が進行しているため、着手するなら次期計画が始まる2年後になるが、事前に市町村との調整が必要である。特にリハセンは秋田市や横手市などからも患者が来ているため、介護医療院へ転換するのであれば、各市町村の介護保険担当者としつかりとした調整を行う必要がある。 ▪ 介護医療院のような選択肢は考えても良いが、それを担える医師がいるのか。現在、認知症患者は精神科医が主体となって診ているが、介護医療院の入所者を診るとなれば老年内科のような知識がある医師を養成する必要があるのではないか。 ▪ 介護医療院に転換する場合、例えば大学病院から老年内科のような診療ができる医師が応援に行くことも考えられる。介護施設であれば医師を常勤配置する必要はなく、医師・看護師数もそれほど多くなくてよいため、財政的にはかなり改善するのではないか。 ▪ 介護医療院への転換案は、いずれはあるべき。 ▪ 介護医療院はあった方がいいが、介護職員の確保は今後さらに困難になるだろう。
<p>スケジュール</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 国が病床削減に対して交付金を出しているが、今後精神科病床の検討が進められると聞いており、全国の精神科病院も病床削減や介護への移行が始まるのではないか。リハセンは循脳センター着手後に検討とのことだが、政策動向を見ると、例えば秋田県の精神科病院が介護に移行していけばリハセンの入院患者の退院先の候補が増えるかもしれない。2～3年の間に、精神科病床を取り巻く環境が随分変わると思うので、循脳センターに手を付けながら、リハセンのあり方も検討していくのがよい。
<p>在宅診療・訪問診療</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 秋田県・青森県における在宅診療・訪問診療は厳しい状況にある。実際、在宅診療・訪問診療の主体は自宅で療養できないため有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などに入所した患者である。純粋な自宅への在宅診療・訪問診療は、おそらく秋田県ではすでに下火になっている。

3. 研究所のあり方について

研究所では、臨床診療に還元できる質の高い研究を目指し、科学研究費助成事業の採択件数や原著論文の発表数を積み上げている。しかし、循脳センターの経営改善という観点では、診療部門と研究部門の収支の境界が明確でなく、研究に要する費用とそれによる経営面での効果が把握できていない状況にある。今後は診療部門の収支構造の改善とあわせて、研究部門の費用対効果を検証できる体制を構築していくことが望まれる。研究予算・費用の分配については研究者配分の見直しや、使用状況を定期的に運営会議でモニタリングすることで透明性を高めることが可能と考える。

研究課題については、現在研究所内の各研究部が任意に決定したり、研究所の研究員や特任研究員から募集し、研究所内部において審査されたりしている。研究結果は循脳センターのホームページや医学雑誌などに掲載されているが、より広く地域や県民に開かれた研究を行い、地域医療に貢献することを期待している。これを実現するための施策として、プロセス全体において研究所内外の共同研究を推進すること、研究課題の審査プロセスに外部有識者を加えることなどを検討されたい。

研究成果の社会還元については、科学研究費助成事業の採択件数等、多くの実績がある一方で、県内医療機関や県民への還元という観点では、コロナ禍の影響もあり、市民公開講座など県民への周知・啓発活動が近年縮小傾向にある。研究活動の社会的価値を高め、県民の理解を得るためにも、今後一層の広報活動等の強化が望まれる。

循脳センターでは、これらの各観点が反映された新しい研究所運営方針を策定し、令和8(2026)年度から適用されることになっていることから、その実施と効果検証が求められる。

第4章 モデルの実現に向けた取り組み

1. モデルの実現に向けたスケジュール

(1) 循脳センター

循脳センターにおいては、現状の収支構造を踏まえれば、速やかに機能転換を含めた対応を行う必要があるものの、現場職員の努力により経営改善が進められており、患者の早期離床とADLの維持・回復などを目指し、急性期・回復期のリハビリテーションの充実と医療の質の向上に取り組んでいるところである。これらを考慮し、移行に伴って生じる諸課題への対応のため、周辺病院等との連携を進め、急性期循環器診療機能の強化を図り、地域医療機関への回復期診療機能の移管を進めることにより、第4期中期計画期間の最終年度となる令和10(2028)年度を目途にモデル②に転換することが望ましい。

そのためには、早期に秋田市内の病院との連携体制を構築する必要がある。県では、令和7(2025)年9月に秋田大学との医療分野に関する連携協定を締結したところであるが、秋田大学を含む周辺医療機関とともに地域医療連携推進法人を立ち上げ、機能分担や病床融通などを協議していくことが有効と考えられる。

また、急性期患者数の減少や周辺医療機関の動向など環境の変化に弾力的に対応し、将来的な方向性について継続的に検討を進めることを求める。

図表 65 循脳センターのモデル②への移行スケジュールイメージ

診療領域		モデル②へ移行			
		R8	R9	R10	R11～
		第4期中期計画			第5期中期計画
急性期	脳神経外科	県の3次医療を担う			急性期患者数の減少など、環境変化に対応して見直しを検討
	脳神経内科				
	脊髄・脊椎	脳と脊髄・脊椎を組み合わせた高度医療を提供			
	循環器内科	循脳センターの設備と人材を有効活用し、秋田大学の循環器部門の逼迫を解消			
	心臓血管外科				
回復期	回復期リハビリ(48床)	市内病院との役割分担を進め、縮小・廃止			
	地域包括ケア(10床)	急性期に特化するため廃止			

(2) リハセン

リハセンにおいては、精神科救急の全県拠点、高次脳機能障害相談・支援センター、認知症疾患医療センターといった機能の維持を基本とする。今後急速に減少が見込まれる脳血管疾患を主な対象とする回復期リハビリテーション病棟及び慢性期リハビリテーション病棟については、県南医療圏の病院と役割分担について協議・連携しながら、県立病院としての機能を鑑みて、経営の効率化を図ることを期待したい。まずは慢性期リハビリテーション病棟の機能を地域医療機関に移管し、その後地域医療機関の動向を注視しつつ、回復期リハビリテーション病棟もその役割を見直していくことが望ましい。

図表 66 リハセンのモデル①への移行スケジュールイメージ

診療領域		モデル①へ移行			
		R8	R9	R10	R11～
		第4期中期計画			第5期中期計画
精神	精神科救急(40床)	県が提供すべき政策医療として維持(病床数は随時見直し)			精神と認知症の専門医療機関として全県域を対象とした政策医療を担う
	精神科(60床)	・認知症患者数は令和17(2035)年まで横ばい			
	認知症治療(100床)	・統合失調症など若年層の精神病患者は急減 ・精神科を標榜する医療機関が減少する可能性がある			
回復期リハビリ(50床)		現状機能を維持 ・脳血管疾患が起因のリハビリ患者は減少 ・県南の病院で医療需要の変化に伴い急性期から回復期への病床転換が進むことが予想される			地域医療機関の動向など、環境変化に対応して見直しを検討
慢性期リハビリ(療養)(50床)		他の医療・介護施設等において患者の受入環境が整い次第廃止			

移行時期は周辺医療機関・介護施設等との連携・役割分担の進捗状況による

2. 令和7（2025）年度における取り組みと短期的経営改善策

今年度就任した新理事長のもと、両センターではさまざまな経営改善に向けた新たな取り組みを実施している。実施内容は短期的な収益増加が期待できるものから、安定的な患者確保に向けた広報活動までさまざまである。特に稼働率が低く、医業収支の損失額が大きい循脳センターは、数多くの取り組みを行っている。

（1）循脳センター

循脳センターでは経営改善に向け、令和7(2025)年度に次のような各種取り組みを行った。

図表 67 循脳センターにおける令和7(2025)年度の主な取り組み

分類	項目	概要
病床 ・入退院管理	病床管理委員会の 発足	病院長はじめ急性期・回復期医師、看護、事務、医事、連携室のメンバーが参加し、入退院・空床や救急対応を協議。平日9時・17時の2回実施。入院申込や消防からの不応需リストの共有により救急応需率や1日あたり患者数が向上。
	医局会の開催、 診療科部長との面談	毎月開催。診療科を跨いだ情報共有や診療統計等の共有により、全診療科での経営改善意識を醸成。
地域連携 ・広報活動	広報委員会の発足	院内・院外向け広報誌の発行や、近隣医療機関等への病院説明会を実施。
	介護施設との 協力医療機関連携	高齢者救急対応、入院受入や早期退院調整による回転率向上等を目的に連携推進。2法人と協力医療機関協定を締結。
医療安全 ・研究	医療安全管理体制の 確立	インシデントレポートシステムの見直しや、専任リスクマネージャーを事務部だけでなく各部署に配置。
	研究所の体制	来年度に向け、審査過程や研究費配分方法等を見直し。
収益・診療 報酬対応	医療費支援 支払サービスの導入	患者に代わり、医療費を立替払いするサービスを導入し、後納又は分納希望者には一律で利用を案内。
	新規加算の取得	8月 看護補助体制充実加算1(190点/日)算定開始、年間収益見込みは4,628千円 10月 専任医師の配置により認知症ケア加算2から1(14日以内180点/日、15日以降34点/日)へ引上げ、年間収益見込みは3,698千円
	診療報酬改定勉強会	病院長はじめ看護、事務、医事のメンバーが参加し毎月実施。勉強会後に院内広報誌で全職員へ周知。
その他	DPC準備病院の届出	医療の質を一定に保ち、診療単価の向上を図るため届出。11月に受理通知を收受。

現状の病床機能を維持したまま、更なる収益向上を図る施策として、以下のような診療報酬等の検討余地がある。なお、すでに算定可能な診療報酬は算定しているため、以下のいずれの項目においても、実現に向けては院内での調整や制度設計が必要となり、一朝一夕にできるものではない。今後、経営改善・機能転換を推進しながら、以下を含む診療単価向上に繋がる算定可能な診療報酬から着手されたい。

図表 68 循脳センターにおける収益向上施策案

項目	収支への影響度	実現度	概要・課題
看護職員夜間12対1配置加算1の算定	中	高	各病棟の夜間看護職員の配置数を調整することで算定可能。夜間の救急外来体制の調整が必要。
栄養情報連携料の算定	低	中	令和6(2024)年度診療報酬改定で新設。栄養管理部と医事課を中心に要件を確認していく必要がある。
急性期一般入院料1への引上げ	大	低	急性期機能の強化及び看護職員数の充実状況から、入院料を引上げて更なる経営改善を図る。ただし、現状の患者層では看護必要度の要件が満たせないため、患者層の変更が必要。

(2) リハセン

リハセンでは、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算(1,000点/退院時1回)の算定回数増加を図り、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を届け出ている医療機関との連携数を増加させている。従来3施設との連携だったが、10月現在は9施設に拡大している。

また、10月には看護職員夜間配置加算(70点/日)を新たに算定しはじめた。

現状の病床機能を維持したまま、更なる収益向上を図る施策として、以下のような診療報酬等の検討余地がある。なお、循脳センターと同様、すでに算定可能な診療報酬は算定しているため、実現に向けては院内での調整や制度設計が必要となるが、経営改善・機能転換を推進しながら、診療単価向上に繋がる算定可能な診療報酬から着手されたい。

図表 69 リハセンにおける収益向上施策案

項目	概要・課題
退院時診療状況添付加算	他病院と比較して算定割合が低いため、データ添付により算定できることを医師等へ伝え、算定割合を継続的にモニタリングする。
精神科病棟における夜勤看護職員の見直し	配置基準以上の人員配置となっているため、正規職員の中から夜勤専従者を1ヶ月単位などの期間限定で院内公募し、月平均夜勤時間数72時間以内をクリアするために必要な実人数を減らすことを検討。

第5章 まとめ

両センターは、脳・循環器の急性期医療、精神科救急、高次脳機能障害・認知症支援、回復期リハビリといった、県民にとって必要不可欠な政策医療を担っている。他方、経営面においては、人口減少・少子高齢化、受療動向の変化、診療報酬の厳格化、物価・人件費高騰により医療収支は深刻な赤字となっており、県の財政負担も増大している。したがって、県立病院として不採算であっても提供すべき医療機能を確保しつつ、運営費交付金に過度に依存しない持続可能な経営基盤を早急に構築する必要がある。

循脳センターについては、脳卒中や心筋梗塞などの24時間対応・高度治療体制を維持・強化することで秋田県の3次救急医療を支えることが重要である。令和7(2025)年度から実行されている人員強化や経営改善の効果を注視しつつ地域医療機関との連携と役割分担を推進し、令和10(2028)年度を目途に、回復期機能の地域医療機関への移管と並行して急性期循環器診療の強化を進めることにより収支改善を図るモデル②への移行を検討することを求める。

リハセンは、精神科救急の全県拠点、高次脳機能障害相談・支援等の精神・認知症疾患に対する代替困難な機能を維持することが必須である。回復期・慢性期リハビリテーション病棟は高稼働を維持しており、先進的リハビリによる早期社会復帰支援を担っているが、県南地域の医療を担っている側面があり、全県民を対象に医療を提供することが求められる県立病院としての役割や相当の運営費交付金を投入している現状を鑑みれば、効率化を進めることが望ましい。そのため、地域医療機関の動向を注視しつつ、慢性期リハビリテーション病棟を県南医療圏の他病院へ移管するモデル①への移行を検討するべきである。

両センターにおいては、中長期的な病床機能転換の検討と並行して地域医療機関との連携・機能分化を一層推進し、病床稼働率の向上と診療報酬改定に対応した診療単価の向上を目指すとともに、DXによる業務効率化や施設基準からみて過剰となっている人員体制の適正化、地域医療連携推進法人の設立も視野に入れつつ周辺医療機関との共同購入による材料等の経費削減等を進め、経費効率化と収支改善を図ることが求められる。

また、モデルによって示した新たな医療提供体制への移行に際しては、地域医療への影響評価を十分に行うとともに周辺医療機関等関係者への丁寧な説明を通じて協調を図りながら推進することが求められる。

以上の総合的な改革を着実に実行し、両センターが持続可能な県立病院として県民に必要な医療を提供し続けることを期待して提言とする。

参考資料

1. 秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会委員名簿

	所属	役職	氏名	備考
委員長	国立大学法人秋田大学	学長	南谷 佳弘	
委員	一般社団法人秋田県医師会	会長	小泉ひろみ	
委員	一般社団法人秋田県病院協会	会長	小野 剛	
委員	地方独立行政法人秋田県立病院機構 秋田県立循環器・脳脊髄センター	理事長 病院長	清水 宏明	※1
委員	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター	病院長	下村 辰雄	
委員	秋田県 健康福祉部	部長	石井 正人	※1
委員	秋田県 健康福祉部	次長	石川 亨	※1
委員	地方独立行政法人秋田県立病院機構	理事長	鈴木 明文	※2
委員	秋田県立循環器・脳脊髄センター	病院長	石川 達哉	※2
委員	秋田県	理事	佐々木 薫	※2
委員	秋田県 健康福祉部	部長	高橋 一也	※2
委員	秋田県 健康福祉部	次長	齊藤 大幸	※2

※1 令和7(2025)年4月から

※2 令和7(2025)年3月まで

2. 開催日

回数	月日	主な議題
第1回	令和7(2025)年1月29日	現状と課題整理
第2回	令和7(2025)年5月21日	先進事例の研究(県内の医療需要見通し、他県の機能分担や連携事例等の検討)
第3回	令和7(2025)年8月20日	病院機能の見直しモデル(案)の検討
第4回	令和7(2025)年11月17日	両センターのモデルと概算シミュレーション、「県立病院機構の将来のあり方」提言(素案)の検討
第5回	令和8(2026)年2月5日	「県立病院機構の将来のあり方」提言とりまとめ

3. 秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会設置要綱

(設置)

第1条 地方独立行政法人秋田県立病院機構(以下「病院機構」という。)が開設運営する循環器・脳脊髄センター及びリハビリテーション・精神医療センター(以下「両センター」という。)が提供する医療機能を調査分析し、将来的な医療ニーズ及び県の財政事情を踏まえた病院機構の中長期的なあり方を検討するため、秋田県立病院機構の将来のあり方検討委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(検討事項等)

第2条 委員会は、次の事項について検討する。

- 一 両センターが担うべき医療機能に関すること
- 二 県内医療機関との連携強化・役割分担に関すること
- 三 両センターの将来的な医療提供体制に関すること
- 四 病院機構の経営体制に関すること
- 五 その他病院機構及び両センターの運営に関すること

(構成)

第3条 委員会は、委員10人以内をもって構成し、次の各号に掲げる者のうちから知事が委嘱する。

- 一 県内の医療、保健、福祉等の事情に関し知見を有する者
- 二 病院機構の理事長の職にある者及びその推薦する者
- 三 秋田県の理事、健康福祉部長及び健康福祉部次長の職にある者
- 四 その他知事が必要と認める者

2 委員の任期は、令和10年3月31日までの間とする。

(委員長)

第4条 委員会に委員長を置き、委員のうちから知事が指名する。

2 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

3 委員長に事故等があるときは、あらかじめ委員長の指定する委員がその職務を代理する。

(会議)

第5条 委員会の会議(以下「会議」という。)は、必要に応じて委員長が招集する。

2 会議の議長は、委員長をもって充てる。

3 委員長は、必要に応じ、会議に委員以外の者の出席を求めることができる。

4 会議は、非公開を原則とし、その検討結果を公表する。

(庶務)

第6条 委員会の庶務は、健康福祉部医務薬事課において行う。

(細則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則 この要綱は、令和6年11月1日から施行する。